Anul XVII. No. 2 — 10 Lei Exemplarul — 15 Ianuarie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază.
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL

Pagina

Lecţia inaugurală a D-lui Prof. Dr. Teodor Mironescu 21

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. GH. TUDORANU: *Câteva date privitoare la diagnosticul şi tratamentul boalelor de ficat* . 26

Dr. N. DIACONESCU, Dr. RADU CONSTANTINESCU, Dr. DIMITRIE CONSTANTINESCU şi Dr. COLUMBAN M.: *Noi contribuţiuni la tratamentul Limphogranulomatozei inguinale benigne (Nicolas Favre). Fuadin asociat cu preparate din grupul sulfonamidelor (Prontosil)* . . . 28

Pagina

CRONICI

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Legea serviciului social* 29

NECROLOG

† Dr. Niculae B Ionescu, scris de Prof. Dr. Lalu 30

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Progresele sanitare ale anului 1938 şi programul de acţiune pentru viitor; Cursuri pentru pregătirea medicilor de circumscripţii rurale; Al III-lea Congres internaţional de Neurologie; Primatul etnicului românesc în profesiunea medicală; Deschiderea ambulatoriului spitalului Academiei române, fondat de familia Elias 31

Noui directori ai Ministerului Sănătăţii; Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţii . 32

Pagina

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du ménisque intervertébral, (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Les acquisitions nouveles de l'endocrinologie, par *R. Rivoire*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 264 pagini, 45 fr.

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

In toate infecţiunile streptococice

Prontosil

Activ în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

40671.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sfi. Ionică No. 8, BUCUREŞTI

Combaterea tusei uscate prin

CODERIT

Inlăturarea promptă a iritaţiei inflamatorii a mucoasei bronchiilor. Uşurarea expectoraţiei. Calmarea centrului respirator.

Compoziţie: Clorhidrat de codeină, clorhidrat de efedrină racemică, alcaloizi totali din rădăcină de **Ipecacuana.**

In comerţ: Tuburi cu 10 tablete.

Pentru tratamentul ULCERELOR GASTRO-DUODENALE

Gerulcin

Soluţie apoasă de clorhidrat de histidină

Ameliorează rapid toate simptomele clinice şi radiologice. Restabileşte capacitatea de muncă şi opreşte hemoragiile oculte.

In comerţ: Cutii cu 6 şi 10 fiole de 5,2 cmc.

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor

Transpulmin

Chinină basică şi camfor, solvate în oleuri eterice.

Injecţiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.

«**Transpulmin este o inovaţie** aşa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală». (Prof. G. von Bergman).

In comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole a 1 şi 2 cmc.; flacoane de 15 cmc.

HORMON SEXUAL MASCULIN

Titrat în unităţi biologice de peşte

TESTOSAN-FORTE

O ampulă conţine **50** unităţi biologice
Un drageu » **20** » »

In comerţ: Flacoane cu 40 drageuri şi Cutii cu 10 amp.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

Cele 3 pudre Vasenol

pentru menţinerea sănătăţii pielei

Vasenolul, combinaţie biologic activă înrudită cu grăsimea şi lipoizi, este baza preparatelor VASENOL pentru îngrijirea pielei, prevenirea şi tratarea diverselor afecţiuni cutanate.

Conform experienţei şi declaraţiilor forurilor internaţionale pentru cercetările biologice ale ţesuturilor, acestea îndeplinesc toate cerinţele unui preparat modern pentru îngrijirea pielei.

Vasenol *Pudră pentru copii.*

Pentru îngrijirea pielei fragede a sugarului şi copilului mic. Profilaxia şi terapeutica lesiunilor şi iritaţiunilor pielei. Previne orice inflamaţiune a pielei.

Cutia de tinichea . . . Lei 35.-
Punguliţa de rezervă Lei 24.-

Vasenol *Pudră pentru corp.*

Pentru toaleta zilnică a corpului şi pentru menţinerea pielei sănătoase. Împiedică iritaţii în regiunile corpului care transpiră mai abundent.

Cutia de tinichea . . . Lei 38.-
Punguliţa de rezervă Lei 24.-

Vasenol *Pudră pentru picioare*

Pentru combaterea transpiraţiei la picioare, mâlni, subţioare (Hyperhidrosis). Neutralizează produsele componente ale transpiraţiei picioarelor. Cel mai preferat mijloc pentru îngrijirea picioarelor la sport, turism, marşuri.

Cutia de tinichea . . . Lei 38.-
Punguliţa de rezervă Lei 24.-

Depozitar: "Pharmag" S.A., Drogherie engros, Braşov, Str. Smârdan No. 5

Marca depusă la Berna No. 29615 din 1933.

Polimicrobien şi polivalent antigonococic. Vindecări în 92% din cazuri, (a se vedea congresul francez de Urologie. Oct. 1922. O. Doin edit. Paris, pag. 434). Aprob. de Academia de medicină din Paris (15. Fevr. 1923); autorizat de guvernul francez cu al 37-lea decret din 2 Mai 1923. Preparat la Facult. de Medicină Veterinară din Bucureşti * Autorizat de Ministerul Sănătăţei din România No. 106.365 din 1 Nov. 1929. Tratament al tuturor complicaţiunilor gonoreice, fie acute sau cronice, prin injecţiuni sub-cutanate sau pe cale bucală.

ORCHITA GONOCOCICA ENDOMETRITA
ARTRITA « SALPINGITA
REUMATISM « SEPTECEMIE
OFTALMIA « OVARITA
PROSTATITA « ETC.

Acest Serum fiind polimicrobien se poate întrebuinţa şi în afecţiunile genitale unde nu se găsesc gonococi.
DOZA: Pentru adulţi şi adolescenţi 10 c.³ la fiecare 48 ore primele 3 injecţiuni: celelalte la 72 ore fiecare.
Rep. gen.: O.A.F. Bucureşti, str. Batiştei, 14

SERUM STERIAN

Marca preparatului

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţei

Apreciat de Domnii Medici Neurologi şi Internişti, în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă, — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. Insuficienţă sexuală, — Timiditate. — Tic Nervos, etc.

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 linguriţe zilnic înaintea meselor.

INTRAVENOS

INTRA-
MUSCULAR

SUBCUTAN

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu, 32 Tel. 5.51.51

Pentru stimularea rapidă a organelor hematopoetice

Campolon

Preparat de ficat injectabil, foarte activ şi în doze mici.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

Fiole de 2 şi 5 cmc; Flacoane cu dop de străpuns de 10 cmc.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86, Sucursala: »ROMIGEFA« S. A. R., Cluj, Calea Moţilor 18, Tel 37-22

Anul XVII. No. 2 10 Lei Exemplarul 15 Ianuarie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Lecţia inaugurală a D-lui Profesor Dr. Teodor Mironescu

Ţinută în Amfiteatrul Facultăţei de Medicină în ziua de 26 Noembrie 1938

D. Decan Profesor Dr. Mezincescu, în cuvântarea introductivă, înfăţişează în cuvinte elogioase activitatea D-lui Profesor Dr. T. Mironescu, arătând apoi deosebita importanţă a catedrei pe care D-sa o inaugurează.

Lecţia inaugurală a D-lui Profesor Dr. Teodor Mironescu

Mulţumesc domnului decan pentru cele spuse, domnului ministru Gusti, domnului rector, domnilor profesori, pentru onoarea ce-mi fac cu prezenţa d-lor.

Urmând o tradiţie veche a facultăţii noastre, profit de această ocaziune a aduce tributul meu de recunoştinţă foştilor mei profesori, printre care număr şi pe cei mai străluciţi reprezentanţi ai medicinei moderne pe profesor *Robert Koch* din Berlin, profesorul *Widal* din Paris şi pe marele geniu medical românesc profesorul *Babeş*, cum şi pe profesorul *Nanu Muscel*.

Mai am o datorie încă de a aduce viile mele mulţumiri şi colaboratorilor mei de până acuma, căci cu ajutorul lor am putut ţine arzândă candela micului altar al ştiinţei ce dă naştere torţei ce aprindem astăzi.

Am crezut potrivit ca lecţiunea inaugurală la catedra de boli contagioase să aibă drept subiect *obiectul studiului maladiilor contagioase.*

După ce voi defini subiectul voi arăta importanţa sa, voi face un scurt istoric arătând rolul bolilor contagioase în viaţa oamenilor, trecând apoi la cauzele acestor boli, voi arăta raportul dintre aceste cauze şi boală, voi trata despre condiţiunile ce favorizează desvoltarea bolii, arătând curentele noui în tratamentul lor şi voi termina prin a arăta importanţa bolilor contagioase pentru ţara noastră.

Omul încă dela naştere este expus influenţei a diferite cauze ce pot să fie dăunătoare sănătăţii lui. Unii dintre agenţii răufăcători omului sunt de natură mecanică, alţii de natură fizică, alţii de natură chimică, mai sunt încă printre agenţii periculoşi pentru om şi fiinţe vii printre care unele abea vizibile cu microscopul şi se numesc microbi iar altele nici cu microscopul nu se pot vedea şi se numesc virusuri. *Obiectul studiului bolilor contagioase este studiul boalelor cauzate de virusuri şi microbi.* Unele din aceste boli trec cu uşurinţă dela omul bolnav la cel sănătos, având un mijloc natural de transmisiune dela om la om, direct, altele se transmit într'un mod indirect dela purtătorul de microbi sau conservatorul de virus cum se mai numeşte şi rezervorul de virus către omul sănătos. Luând de exemplu tifosul exantematic istoric, această boală reputată ca foarte contagioasă, nu se ia direct dela omul bolnav la cel sănătos, ci numai cu ajutorul păduchilor. Un om bolnav lipsit de păduchi, deşi are tifos exantematic nu este de loc contagios. Alte boli mai ales când rezervorul de virus nu este o fiinţă vie, este de exemplu pământul cum e la tetanos, atunci boala se capătă numai accidental, totuşi şi aceste boli se pot inocula experimental şi deci sunt din acest punct de vedere şi ele contagioase. Odată cu descoperirea microbilor deosebirea dintre bolile contagioase şi cele care se numeau în vechime infecţioase pentru că se credeau a fi datorite numai acţiunii aerului infect sau conrupt dispare deoarece s'a constatat şi aceste boli sunt datorite influenţei microbilor sau virusului. Domeniul bolilor cauzat de virusuri sau microbi este foarte vast pentru că chiar vătămările organismului omului produse de agenţi fizici, chimici sau mecanici pot fi atacate ulterior de microbi şi devin pe această cale la rândul lor boli contagioase. Un om se loveşte cu un corp ascuţit şi capătă o plagă care apoi se poate infecta şi omul se poate îmbolnăvi astfel de erisipel. Pe de altă parte, bolile contagioase joacă un rol capital în viaţa fiecărui individ şi în alt mod.

După trecerea unei boli contagioase organismul rămâne uneori cu mici alteraţiuni în diferite organe astfel că cea mai mare parte a bolilor, zise boli interne, adică a bolilor de rinichi, inimă, ficat, etc. sunt consecinţa unor boli infecţioase incomplect vindecate sau rău îngrijite. Aceste consideraţiuni au făcut pe unii să vadă în bolile contagioase chiar în cele mai uşoare, prin care a trecut omul în cursul vieţei lui drept una din cauzele principale care să aducă bătrâneţe timpurie.

Dacă acuma am dori să facem un studiu istoric asupra bolilor contagioase vom vedea că ne lovim de foarte mari dificultăţi. Cunoştinţele clinice asupra acestor boli transmise din vechime până la noi, deşi pline de observaţiuni interesante nu ne permit totuşi a face o distincţiune lămurită între diferitele boli contagioase din vechime, pentru a fi comparate cu cele ce cunoaştem astăzi. Simptomele celor mai multe dintre bolile contagioase sunt adesea foarte asemănătoare ceeace permite a se face uşor o confuzie între ele. Această confuziune o întâlnim mai ales în timpurile vechi când mijloacele technice de examen a bolnavului erau foarte reduse faţă cu cele ce dispunem actualmente.

Pe de altă parte în vechime din cauza lipsei mijloacelor de studiu când un mare număr de bolnavi aveau simptome asemănătoare, boala se considera ca o boală contagioasă. Aşa scorbutul se considera în vechime ca o boală contagioasă foarte gravă, pe când noi ştim astăzi că nu este datorită unui microb ci lipsei vitaminei C din alimentaţie.

Mai avem şi confuziuni de nume. Aşa se numea pestă orice boală ce avea o mortalitate mare şi mai târziu sa rezervat numele de pestă la anume boală. Unele boli ce le diferenţiem astăzi erau confundate între ele înainte. E numai 100 de ani de când deosebim pojarul de scarlatină. Chiar numai în timpul războiului din urmă am început a deosebi encefalita letargică de gripă.

Această confuziune ne împiedică pe de altă parte să stabilim faptul dacă unele din boli ce le avem astăzi prezentau aceleaşi simptome şi în vechime sau dacă simptomatologia lor nu a evoluat în timp de secole cum pare a se constata la unele din aceste boli, datorit schimbării modului de viaţă sau a alimentaţiunei.

Dintre bolile contagioase au fost mai uşor cunoscute în vechime acelea care fac manifestaţiuni evidente pe piele, cum sunt lepra sau pesta bubonică.

In vechime se luau măsuri de izolare contra acestor boli cu secole înainte de cunoaşterea faptului că aceste boli se propagă prin microbi. In biblie apare lepra că o boală contagioasă. In legiuiri din acele timpuri se găsesc uneori măsuri de izolare contra leprei, măsuri care în anume împrejurări au dat rezultate bune cu privire la împiedicarea contagiunei. Şi mai târziu ,totuşi cu secole înainte de descoperirea bacteriologiei, în timpul unei epidemii de ciumă de acum 400 ani *Scoţia* a fost păzită de ciumă ce băntuia în *Anglia* prin închiderea severă a graniţelor către această din urmă ţară. Acum mai bine de 300 ani ciuma care băntuia grozav în Europa începuse să apară în Bavaria şi locuitorii dintr'un sat izolat în Bavaria Oberammergau au pus strajă armată ce înconjura satul din toate părţile ca să nu lese sub nici un motiv pe nimeni să se apropie de sat. Această măsură a făcut ca satul păzit să fie scăpat de ciumă timp de 2 ani. Este drept că după acest timp un argat care lucra în alt sat contaminat de ciumă înşelând vigilenţa străjerilor vine în sat şi aduce cu el infecţiunea, aşa apare ciuma în sat iar locuitorii înspăimântaţi de marea mortalitate merg în biserică şi fac jurământul solemn că dacă scapă de ciumă, în fiecare 10 ani se vor reprezenta drept recunoştinţă patimile mântuitorului. Acesta este istoricul aşa ziselor *Passionspiele din Oberammergau* .

In istoria omenirii bolile contagioase au jucat un rol important. Sunt presupuneri că aceste boli au fost cauza care a adus la dispariţiunea de populaţii întregi în unele regiuni din perioada preistorică. Numai împrejurarea că oamenii trăiau izolaţi, deoarece mijloacele de comunicare erau grele, a făcut că nu s'au produs dezastre mari. Cu mult mai târziu bolile infecţioase au jucat un rol asemănător. Când variola a fost introdusă în Mexic în 1545 au murit 800 de mii de indigeni, câţiva ani mai târziu o altă epidemie de variolă a secerat milioane şi aşa a dus la dispariţia aproape complectă a indigenilor.

Bolile contagioase mai joacă şi un altfel de rol în istoria omenirii contribuind la prefaceri sociale importante.

Din istoria războiului Peloponez aflăm că atunci când spartanii înconjuraseră Atena şi Atena era ocupată în întregime de către ţăranii din satele din jurul oraşului, isbucni o epidemie groaznică între aceşti ţărani ce se îngrămădiseră de frica spartanilor în oraş, aducând tot ce se putea cu ei şi ocupând toate pieţele până şi localurile sfinte. Spartanii aflând de grozăviile din oraş despresoară Atena şi se retrag. In Atena epidemia ia un caracter atât de îngrozitor încât înîngrămădeala de oameni, morţii zăceau în toate părţile ,bolnavii răspândiţi peste morţi, mormintele oamenilor bogaţi erau sechestrate de săraci pentru a-şi pune morţii lor, avutul şi viaţa numai erau garantate, desnădejdea cuprinsese întreaga populaţiunea, nici o lege şi nici frica de Dumnezeu nu mai exista căci nimeni nu ştia cât timp ar mai stăpâni avutul său. Pericles pierde o parte din familia lui şi la urmă descurajat moare şi dânsul. După încetarea epidemiei Atena rămase o ruină, aproape jumătate din populaţia oraşului dispăruse în timp de 2 ani. Intre cei dispăruţi erau chiar aceia pe cari oraşul putea să se sprijine. Şi astfel această epidemie a fost începutul decăderei Atenei. Multe secole mai târziu în timpul secolului al XIV-lea ciuma a fost în Europa un element important care a contribuit la producerea reformelor sociale ale renaşterei. In timpul acelei epidemii de ciumă s'a evaluat că au murit în Europa aproximativ 30 milioane oameni. Abia poate te cineva să-şi închipue la ce transformări sociale a dus atâta mortalitate. Sate întregi dispăruseră, numeroase averi rămâneau fără stăpâni sau treceau prin moştenire repede din mână în mână, unii acumulând averi fabuloase în foarte scurt timp. Dacă adăugăm la aceasta scăderea moralităţii poporului care deveni şi crud şi fără de lege înţelegem mai bine efectele unui atare flagel. Poporul a mai văzut, cum persoane bisericeşti au murit şi ele de ciumă şi pe această cale s'a preparat terenul reformei religioase. Inainte de descoperirea vaccinului contra variolei în 1703 s'a încercat războiul, numit astăzi microbian într'o revoluţie contra indigenilor. Făcând să parvie la indigeni cuverturi cu care se învelesc bolnavi de variolă, revoluţia a fost stinsă căci după spusele unui misionar cuverturile au dat rezultatul dorit. Chiar în timpurile noastre în diferite părţi ale globului, bolile contagioase sunt o piedică în pătrunderea civilizaţiunei Timpul nu ne permite a ne întinde asupra istoriei bolilor contagioase. Un rol social important al bolilor contagioase este că ele pun în evidenţă legătura de solidaritate între oameni. Nu putem fi liniştiţi chiar în interesul nostru propriu atât timp cât în apropierea noastră s'ar afla un alt bolnav de o boală contagioasă. Ingrijirea lui va constitui în primul rând paza noastră şi acest fapt a fost punctul de plecare a atâtor măsuri salutare pentru omenire. Unele boli contagioase pot schimba cu totul caracterul persoanelor ce au trecut prin boală. Aşa avem boala cunoscută sub numele de encefalită letargică, care are forme foarte variate, iar după vindecarea ei produce câteodată o schimbare fundamentală a caracterului celui care a fost bolnav. Oameni ce înainte nu au mintit niciodată, nu au furat, aveau un moral foarte ridicat, după trecerea prin boală devin nişte criminali de rând. Bolile contagioase au fost asemănate cu *focul* ce se întinde prin răspândirea unei *scântei* la substanţele inflamabile. Ele au mai fost asemănate cu procesul fermentaţiunei, când printr'un ferment adaus la un produs capabil a fermenta sutem în stare să producem o fermentaţie. Nu este numai o coincidenţă faptul că *Pasteur* dela studiul fermentaţiunei a trecut la studiul bolilor infecţioase. Pasteur cu geniul lui a văzut importanţa acestor fiinţe vii microscopice, văzute şi de alţii înaintea lui, însă fără a li se recunoaşte valoarea.

Numai dânsul a înţeles rolul lor a stabilit un fapt de o importanţă capitală şi anume că fiecare fel de fermentaţiune este datorită unui fel special de microb. Găsi astfel levura de bere în fermentaţiunea alcoolică, micoderma aceti în fermentaţiunea acetică, fermentul lactic în fermentaţia lactică şi aşa mai departe. A pus cu alte cuvinte bazele specificităţei microbilor, atât de rodnice la începutul cercetărilor bacteriologiei. Fiecare maladie contagioasă trebuia să aibă microbul ei, lege care s'a văzut mai târziu că are nevoie de interpretare dar care a dus la descoperirea cauzei multor maladii microbiene. Intre agenţii ce produc bolile infecţioase, avem unii din regnul animal, cei mai mulţi din regnul vegetal.

Cu toată munca depusă pentru găsirea microbilor ce produc diferitele maladii, a rămas un număr important de maladii la care nu s'a găsit nici un microb. Prestigiul bacteriologiei această ştiinţă pe atunci nouă, a fost dela început atât de mare, încât s'a zis că şi acele maladii au desigur un microb, însă nu se poate vedea, este invizibil.

Un microb nu se poate vedea, fie că e prea mic, sau şi din cauză că nu s'a găsit metoda ce ne pune în poziţie de a-l distruge în mediul în care trăeşte. Aşa după zeci de ani de cercetare abia s'a descoperit spirocheta sifilisului, maladie cunoscută de mult drept contagioasă şi care e datorită unui microb uşor vizibil prin metodele speciale de coloraţie. S'a observat însă că unele produse, cum ar fi saliva dela animale bolnave de febră aftoasă, boală ce se poate transmite şi la om, a cărui microb nu se vede cu microscopul, rămâne încă în stare de a transmite boala chiar după filtrare. Aceşti microbi zişi impropriu

TERAPEUTICA STIBIATA INTRAMUSCHIULARA PRIN

ANTHIOMALINE

ANTIMONIO-TIOMALAT DE LITIU

SOLUTIE APOASA TITRAND 6% SARE
(0,01 gr. de Sb pe cc.)

PREZENTA SULFULUI IN MOLECULA

Cutii de 10 fiole
de 1 cc. şi 2 cc.

INJECTII INTRAMUSCHIULARE
Toleranţă locală şi generală excelenţă

BOALA LUI NICOLAS FAVRE
(locarizări inguinale şi rectale)
LEIŞMANIOZE VISCERALE ŞI CUTANATE
BILHARZIOZE VEZICALE
HEPATICE ŞI INTESTINALE

2 până la 3 injecţii
pe săptămână, dela 1 la 3 cc.
SERII DE 20 INJECTII

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon • Paris 8ème

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

ANTISPASMODIC

CARDIOTONIC

DECONGESTIV

HIPOTENSIV

NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ

POMADA NEOTHORIUM MILLOT

pe bază de
NEODYME și THORIUM

SPECIFICUL DERMATOZELOR

Specifice în:

METRITE VAGINITE

LEUCOREE

ULCERAȚIUNILE COLULUI

Pe baza pământurilor rare:

Neodym (Clorur) . . 0,05 gr.
Thorium (Clorur) . . 1 gr.
Excipient q. s. p. . . 100 gr.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

invizibili, au fost numiți deci filtrabili. Ori filtrarea nu poate nici ea fie luată drept caracter definitiv pentru a caracteriza natura agentului ce transmite maladia. Condițiunile care fac ca un microb să filtreze sau nu sunt multiple. Pentru aceasta s'a adoptat numirea de virusuri la acești agenți invizibili ce trec prin filtru.

In anii din urmă în ultrafiltrațiune s'a găsit un mijloc de a caracteriza mai bine aceste virusuri și a se stabili chiar cu oarecare preciziune și dimensiunea lor. Prin aceste mijloace s'a putut stabili că dimensiunea unora din acești agenți ce produc bolile contagioase abia este mai mare decât molecula de albumină.

La aceasta se adaugă descoperirea bateriofagului, acel agent ce produce o maladie curioasă a microbilor care au pus în discuție origina agenților invizibili și natura lor. Bateriofagul este prin multe din caracterele sale aproape de visuri, are și avantajul că'l putem cultiva și chiar vedea prin acțiunea ce o produce asupra microbului ce topește. Mulți se îndoesc că bacteriofagul ar fi o ființă vie ci ar fi un ferment și pe această cale se pune în discuție și natura unora dintre virusuri. Ba mai mult se repune într'o formă nouă chestiunea *generației spontane* ce se credea definitiv înlăturată prin descoperirea lui *Pasteur*.

Aceleași maladii produse de către virusuri se întâlnesc nu numai la om sau la animale ci și la plante. Pentru priceperea naturei virusurilor în genere s'a studiat mai cu atențiune și aceste virusuri ale plantelor. Mai ales la foile de tutun se întâlnesc boli contagioase ce au fost obiectul unor studii interesante din acest punct de vedere. O boală zisă maladia mosaicului a acestor foi ce constă în pete particulare pe foi și cari la microscop prezintă sub forma de granulațiuni și uneori drept cristale a dus la rezultate surprinzătoare. Autori americani întrebuințând mii de kgr. de astfel de foi de tutun bolnav, au fost în stare să obțină o substanță de natură albuminoasă, care în stare pură cristalizează. Cu aceste cristale au putut da boala la foi sănătoase și a o transmite în serie.

Ne găsim astfel în situațiunea dificilă de a produce o maladie infecțioasă cu o stofă cristalină. Ori o substanță cristalizată nu poate fi după teoriile existente o ființă vie. Această problemă încă în discuție este interesantă căci pune în discuțiune însuși origina vieței.

Acești agenți ce produc bolile infecțioase sunt elemente atât de mici încât marele chimist suedez *Arrhenius* a bănuit că fiind atât de ușoare ar putea fi purtate pe undele luminoase și s'ar putea să se constitue poșta interplanetară ce să ducă cu alte cuvinte viața dela o planetă la alta. Din această expunere se vede deci că bolile infecțioase își au origina lor în *agenți de natură foarte variată cari merg dela microbi, agenți relativi mari ca dimensiune*, până la aceste virusuri cu o dimensiune atât de mică ce constitue un stadiu precelular al vieței.

Odată făcând cunoștință în mod sumar cu cauzele maladiilor contagioase trebuia să vedem ce raport există între acești agenți și boală.

Cu mii de ani, multe boli se numeau *infecțioase* pentrucă se credea ca fiind datorite aerului stricat sau cum se mai numea infect. Cu descoperirea lui *Pasteur* și a agenților microbieni s'a crezut că această idee a rolului aerului infect era cu totul eronată și că numai microbilor singuri le revine rolul de cauză al boalelor infecțioase sau contagioase. In anii din urmă unii savanți au stabilit anume fapte care permit a atribui și un rol important conrupției aerului în producerea maladiilor. S'a constatat pe de o parte că atunci când gradul higrometic al aerului este ridicat, microbii din aer pot condensa vapori de apă în jurul fiecăruia din ei, înconjurându-se astfel fiecare microb cu o peliculă umedă foarte fină, luând astfel microbul înfățișarea unor picături de apă, abea imaginabil de mici și cu o tensiune superficială mare. Astfel de picături infime pătrund ușor în organism pe căile respiratorii. Experiențe pe cobai au arătat că numai durata unui minut într'o atmosferă cu germenii infecțioși umezi, permite acestor germeni să ajungă până în profunzimea cea mai adâncă al pulmonului. Din contră o durată de 15 minute a respirației într'o atmosferă lipsită de umiditate, încărcată cu aceiași microbi, nu permite pătrunderea microbilor în profunziune. Ceva mai mult, când aerul umed este încărcat cu emanațiuni, ce se degajă prin prezența oamenilor sau animalelor, gazele degajate în astfel de atmosferă se disolvă în pelicula de apă fină, ce înconjoară microbul de care vorbim mai sus, și crește mult virulența microbului. S'a făcut următoarea experiență: S'au luat trei vase egale bine închise, unul cu aer sec, altul cu aer curat săturat însă cu vapori de apă și al treilea saturat cu vapori și încărcat cu emanațiuni dela om. După ce se pulverizează o egală cantitate de microbi virulenți în fiecare din aceste vase, se introduc șoareci și găini în fiecare din aceste vase. Șoarecii și găinele ce au stat o oră în primul recipient (acela ce conținea aer uscat plus microbi) rămân sănătoși. In acelaș interval de timp animalele introduse în al 2-lea recipient (adică acela ce conținea aerul umed plus microbi) s'au infectat și au murit în proporție de 20—60%. Iar în al treilea recipient adică acela ce conținea aer umed și emanațiuni de om sau animal au avut o mortalitate de 80% sau 100% după ce au stat în recipient acelaș interval de timp. Aceste experiențe arată că impuritatea aerului, așa cum o credeau cei vechi când vorbeau de aerul conrupt sau infect are o importanță destul de mare. Scăderea presiunei barometrice s'a văzut că poate în anume condițiuni, produce degajarea gazelor din pământ sau din apele murdare dela suprafața pământului și deci avea un rol asemănător emanațiunilor din experiențele de mai sus.

Vântul poate aduce adesea infime picături la distanță și așa se bănuește că holera în 1908 a fost adusă prin aceste mijloace dela un mal la altul al Bosforului.

Această digresiune terminată să vedem cum se produce și ce este infecțiunea.

Pentru ca o boală contagioasă să ia naștere trebuie să se producă ceia ce se numește infecțiune cu microb sau virus.

Noi vorbim de infecțiune numai atunci când microbul ce a venit în contact cu organismul sensibil se înmulțește pătrunzând în organism. Se poate însă ca organismul să distrugă ușor microbul fără nici o manifestațiune clinică, aceasta se întâmplă când organismul are o imunitate naturală sau cum sa zis încă rezistență naturală, fenomen ce se petrece zilnic la suprafața corpului a pielei sau a mucoaselor.

Omul vine neapărat adesea în contact cu microbul însă cele mai de multe ori acești microbi nu au nici o putere de a influența organismul nici nu pătrund în organism. Când un om ia cu mâna de exemplu organele unui animal bolnav de o maladie infecțioasă capătă pe mână la suprafața pielei microbii boalei respective, de cele mai multe ori nu este însă infectat, este suficient a se spăla și microbii au dispărut.

Este un fapt cunoscut de altfel că în perioada de incubație microbii sau virusurile se găsesc deja în sânge.

Avem dovezi multe pentru aceasta. Se citează de exemplu că fiind nevoie a se face transfuziune de sânge la un bolnav s'a luat sânge dela un om ce părea complect sănătos. După o zi apar simptome de pojar în perioada prodromică la dătătorul de sânge și apoi la timp a apărut pojarul și la bolnavul cel ce primise transfuziunea. In sângele dătătorului se găsea deci virusul pojarului când omul părea

complect sănătos şi se găsea în perioada de incubaţie. Să mai cităm un alt caz. La o persoană bolnavă de anemie pernicioasă se face o transfuzie de sânge şi o oră jumătate după transfuzie bolnava capătă un frison foarte intens cu urmări grave. Se face atunci examenul bacteriologic al sângelui la omul ce a dat sângele şi se găsesc streptococi hemolitici în sângele lui, iar după două zile acesta capătă o amigdalită streptococică cu streptococ hemolitic.

Aceşti microbi erau deci în sângele bolnavului în perioada de incubaţie a amigdalitei când i s'a luat sânge pentru transfuzie.

Dacă urmăm zilnic a observa fenomenele la inoculaţia făcută cu vaccin cu ocazia primei vaccinaţiuni contra variolei la un copil, vedem că pe locul unde s'a făcut scarificaţia cu vaccin apare o roşeaţă datorită acţiunei mecanice ce dispare însă la o oră sau două. Timp de patru zile nu se mai vede nimic local. In schimb prin cercetări experimentale s'a constatat că copilul prezintă virus vaccinal pe amigdale, a treia zi dela scarificare, câte odată chiar şi a patra zi, însă a cincea zi dispare complect virusul de pe amigdale. In acel timp de liniste locală virusul deci în sângele copilului a circulat normal şi a ajuns şi pe amigdale, iar a cincea zi odată cu apariţia maladiei vaccinului, adică a reacţiunei generale el a dispărut din sânge rămânând localizat la pustula vaccinală.

In adevăr copilul prezintă a cincea zi de multe ori un frison cu febră, iar în locul inoculaţiunei apare o reacţiune inflamatorie mai intensă.

La maladia ce rezultă pe urma infecţiunei se disting mai multe faze caracteristice ce au dat posibilitatea ca aceste boli să fie deosebite de alte boli încă înainte de descoperirea microbilor.

Aleste faze bine precizate mai ales la maladiile numite febre eruptive sunt următoarele:

O perioadă de incubaţie, în urmă o perioadă de invazie apoi o perioadă de erupţie şi în fine a patra perioadă numită de descuamaţie.

Această ultimă perioadă este urmată mai întotdeauna de o perioadă de imunitate a cărei durată variază după boală.

Este necesar să atragem atenţiunea că există o maladie care are caracterele unei maladii infecţioase care poartă numele de maladia serului şi nu e datorită unei infecţiuni.

Dacă se injectează de exemplu o doză de ser antitetanic unui om care a suferit un accident se poate întâmpla ca a opta zi dela injecţie să apară o maladie cu caracter foarte grav cu febră, turburări de tensiune arterială, erupţiune, etc. Avem deci o boală ce nu e cauzată de un microb şi care are totuşi simptomele unei maladii asemănătoare celor produse de microb sau virusuri.

Microbul nu joacă rolul principal în producerea simptomelor maladiei infecţioase ci numai în fenomenul ce numim noi infecţiune care de multe ori nu prezintă nici un simptom clinic.

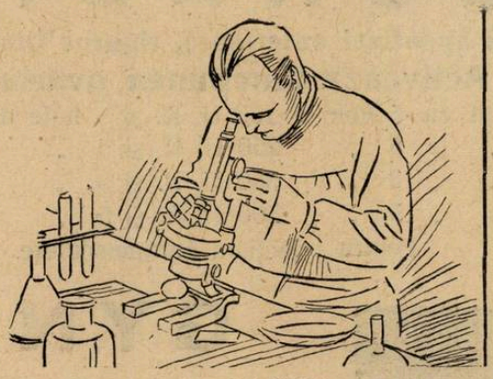
Unele constatări făcute mai târziu au arătat un alt aspect particular în evoluţia bolilor datorite microbului sau virusului.

Dacă facem o inoculaţie cu vaccin contra variolei la braţul unui copil ce nu a fost vaccinat evoluţia pustula vaccinală urmează totdeauna o fază caracteristică de care am vorbit mai sus. După ce am lăsat 5—6 zile dela momentul inoculaţiunei vaccinului şi facem o nouă inoculaţiune la braţul celălalt vom vedea că această a doua pustulă evoluiază mult mai repede de cât cea dintâiu şi a 8-a zi a atins maximum, odată cu cealaltă făcută cu 6 zile înainte.

Inoculăm la un cobai care este foarte sensibil la tuberculosa omului un produs tuberculos şi după câtva timp când încă tuberculoza inoculată de noi evoluiază în organismul cobaiului facem celuiaşi cobai o inoculaţie subcutană cu acelaş produs tuberculos, vom vedea că, pe când tuberculoza următoare inoculaţiei vechi evoluiază, această a doua inoculaţie nu progresează. In câteva zile întocmai ca o infecţiune banală se face un abces apoi se deschide şi se vindecă. Faptul acesta ne arată că în timpul unei infecţiuni şi chiar uneori a unei boli infecţioase în evoluţie, organismul infectat din nou, se comportă în altfel ca acel virgin cu privire la aceiaş infecţiune. Acest fenomen a fost numit alergie şi joacă un rol important în evoluţia bolilor infecţioase El poate să ne explice pentru ce uneori aceiaşi boală infecţioasă se comportă diferit la un bolnav faţă de altul. Vedem deci că în modul de apariţie a simptomelor unei maladii contagioase intervin împrejurări care dau un anume caracter acestor maladii.

Pentru ca o maladie contagioasă să ia naştere trebue ca în afară de microbi sau virus să mai fie şi ceeace se cheamă o predispoziţiune din partea organismului infectat. *Pasteur* studiind o maladie contagioasă a viermelor de mătase a arătat că nu e suficient ca microbul să intre în organism pentruca să se producă boala. El indică o serie de circumstanţe care trebue să conlucreze pentruca boala să ia naştere la viermii de mătase.

Mulţi din discipolii şi urmaşii lui *Pasteur* au neglijat aceste toate cunoştinţe şi reduceau boala proape numai la prezenţa microbului. Este drept că adesea s'a vorbit de predispoziţiuni însă întodeauna a fost greu a se defini în ce constă această predispoziţiune. Unele cercetări experimentate au arătat că în genere celulele organismului sunt mai vulnerabile în timpul diviziunii celulare. Pe de altă parte s'a stabilit şi o influenţă netăgăduită a stării de excitabilitate a sistemului nervos pentru înlesnirea desvoltării unei maladii contagioase. Corpul omenesc sub influenţa agenţilor morbizi întrebuinţează oarecare mijloace de apărare contra răului ce i produc aceşti agenţi, mijloace ce se manifestă prin diferite fenomene cum e creşterea temperaturii, aglomerarea de celule şi exudat în regiunea atacată, etc. Aceste fenomene se produc fără influenţa voinţii omului sunt dirijate în mod automat de sistemul nervos pe cale aşa zisă reflexă. Reflexele acestea modifică foarte profund organismul chiar în ce priveşte şi compoziţia sângelui. Aşa dacă la un caz grav de scarlatină facem o numărătoare de globule albe din sânge după metoda obişnuită prin punctiunea la deget vom găsi un număr mare de globule uneori 40.000 globule pe milimetru cub de sânge. S'a crezut mult timp că această proporţie se referă la totalitatea sângelui. Ori cercetările noastre au arătat făcând numerotări comparative a sângelui din piele cu cele din vinele dela îndoitura cotului că nu e vorba în realitate, decât de o modificare în distribuţia globulelor albe în sânge. Pe când globulele albe sunt foarte numeroase în capilarele pielei, ele sunt foarte puţin numeroase în capilarele organelor profunde şi acest fenomen este datorit influenţii sistemului nervos ce execută această acţiune pe cale reflexă fără voinţa omului. S'au făcut următoarele experienţe în legătură cu studiul reflexelor în maladii microbiene. Ştim că injectându-se produse microbiene la animale se constată că pe cale reflexă sub influenţa acestor produse microbiene injectate se desvoltă anticorpi ce au tendinţa de a neutraliza acţiunea vătămătoare a acestor produse microbiene. Aceşti anticorpi se pot doza foarte exact în mod biologic în sângele animalului. Dacă experimentând pe epure injectăm un produs microbien şi facem ca injecţiunea cu acest produs să fie urmată de exemplu de o uşoară scărpinătură la urechea iepurelui, se poate constata prin dozarea anticorpilor în sânge că injecţiunea este urmată de creşterea acestor anticorpuri. Repetând de mai multe ori această injecţiune şi făcând



Tratamentul sifilisului este o chestiune de încredere

Neosalvarsan

este preparatul arsenobenzenic preferat în toată lumea pentru combaterea sifilisului

Continuând lucrările în acest domeniu s'a descoperit

Solu-Salvarsan

Soluţie stabilă, gata preparată pentru injecţiuni intravenoase şi intramusculare. Controlat de stat din punct de vedere chimic, biologic şi clinic ca şi NEOSALVARSAN

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel.: 3.92.86 — Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Telefon 37.22

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

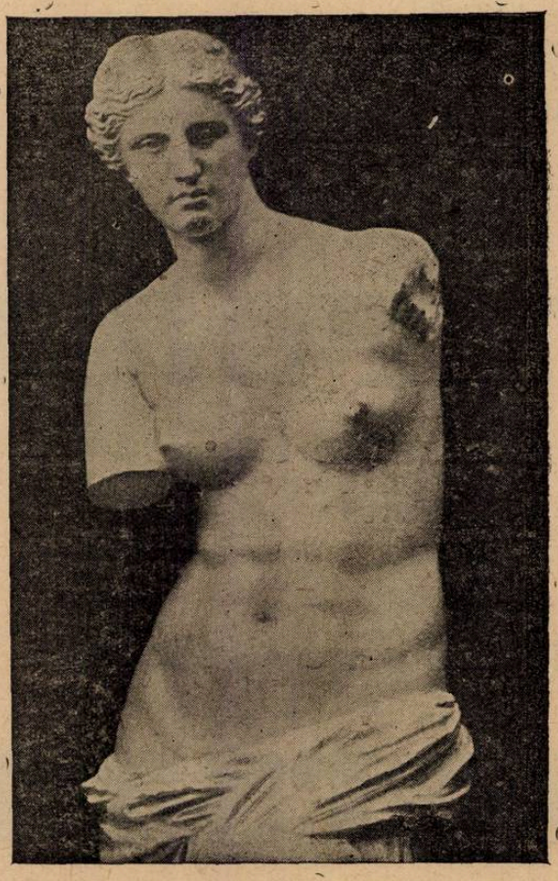
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare. Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRA"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

animalului întotdeauna după injecţiune aceiaş scărpinătură la urechea se ajunge după mai multe astfel de repetări că putem obţine în sângele animalului creştere de anticorpi fără să mai repetăm şi injecţia cu substanţe microbiene şi numai producând acea uşoară scărpinătură la urechea iepurelui. Producerea de anticorpi în astfel de condiţiuni s'a numit producere prin reflex condiţionat. Făcând aceiaş experienţă însă în locul scărpinăturii uşoare de care vorbim mai sus facem o înţepătură dureroasă atunci producţiunea de anticorpi nu numai că nu creşte dar poate să scadă şi să înceteze complect. Aceste experienţe ne pot îndreptăţi a explica rolul depresiunei nervoase în evoluţia maladiilor contagioase. Prin depresiune nervoasă s'ar opri deci desvoltarea anticorpilor şi ar împiedica vindecarea maladiei. O excitabilitate nervoasă crescută poate şi ea influenţa evoluţia maladiilor. Un medic german celebru citează un caz în care un om înţepat cu o peniţă la mână auzind cu groază de efectele posibile ale acestei înţepături, vine la dânsul şi-l roagă să-i taie braţul pentru a scăpa de septicemie. Medicul examinând bolnavul neconstatând nimic serios s'a opus operaţiunii. Bolnavul însă a murit curând fără să aibe nici o septicemie cum s'a constatat la autopsie. Se citează însă cazuri de moarte de frică în timpul unor astfel de epidemii, cum însă cele mai multe cazuri se referă la holeră aceste morţi pot fi datorite şi unei intoxicări fulgerătoare cu otrava microbului de holeră înaine de a fi căpătat boala o desvoltare vizibilă. In epidemiile înspăimântătoare trec usor prin infecţiune cei cu moralul ridicat. Nu era deci lipsit cu totul de valoare acele nopţi florentine de care vorbeşte Bocaccio în timpul grozavei epidemii de ciumă din Florenţa.

Observând cu atenţiune modul de reacţiune a organismului în timpul maladiilor contagioase vedem că el variază în proporţiuni foarte limitate. Cu cât studiul clinic al acestor maladii a progresat cu atât s'a văzut că cu o regularitate aproape constantă anume simptome apar la agravarea maladiilor. Aceste simptome sunt comune la cele mai multe dintre ele. Printre aceste simptome se întâlnesc mai des scăderea presiunei arteriale cu o stare mai mult sau mai puţin apropiată de colaps, adinamie modificări în compoziţia şi coagulabilitatea sângelui etc. Aceste turburări au atras dela început atenţiunea asupra faptului că maladiile contagioase mai ales în formele lor cele mai grave prezintă o insuficienţă a unor organe anumite, în special a capsulei suprarenale, a ficatului etc. Aceste organe sunt dintre cele bogate în ţesut aşa zis reticuloendotelial şi tot aceste organe sunt cele mai bogate în substanţele ce joacă rolul principal în fenomenele de oxidaţiune şi de reducere în organism, care fenomene constituesc prin excelenţă manifestaţiunile generale ale vieţei. Era natural ca clinicenii să se gândească dacă nu ar fi posibil ca reparând insuficienţa acestor organe să se ajute bolnavul aşa fel ca să se vindece de boală. Această cale are să ducă la rezultate surprinzătoare, ea ne arată că nu este imposibil ca tratamentul aşa zis specific să poată fi înlocuit cu succes prin mijloace nespecifice. Prin cercetări experimentale s'a văzut că fabricarea de anticorpi care să neutralizeze efectele produselor patologice în unele maladii infecţioase se face prin aceia că organismul consumă aceste substanţe de care vorbim mai sus şi dacă nu se are în vedere ca să se dea organismului hrană suficientă bogată în vitaminele necesare din care organismul să fabrice acele substanţe, rezistenţa animalului este diminuată foarte mult.

Experienţele pe animale au arătat cu această ocaziune că unele din aceste substanţe cum e acidul ascorbic este în stare să vindece complect o intoxicaţie cu toxine difterică la cobai şi deci este nădejde urmând această cale a se vindica difteria fără ser antidifteric. Rezultatul încercărilor la om în această direcţiune sunt şi ele pline de speranţe.

Cunoaşterea bolilor infecţioase din punct de vedere clinic este absolut necesară şi din alte consideraţii. S'a zis cu drept cuvânt că *Pasteur* prin geniul lui şi al urmaşilor săi au făcut descoperiri din care una singură poate vindeca mii de oameni, pe când un clinician nu vindecă decât pacienţi izolaţi care nu pot în nici un caz însuma rezultatele descoperirilor lui *Pasteur*. Faptul pare adevărat numai la prima vedere. Cercetările clinice pot duce şi ele la descoperiri tot aşa de mari ca şi cele bacteriologice. Ele ne arată mijloacele ce întrebuinţează natura când se apără de atacul unei infecţiuni şi ne pune astfel în poziţie de a înlesni apărarea organismului în timpul bolii şi chiar a preveni maladia. Dacă ne gândim însă ce s'ar fi ales din descoperirile lui Pasteur aplicate la un diagnostic clinic greşit. Care ar fi fost rezultatul când serul antidifteric s'ar fi aplicat de exemplu la meningită sau invers, atunci înţelegem mai bine rostul cercetărilor clinice. Noi întâlnim chiar astăzi cazuri în care aplicaţiuni terapeutice excelente nu dau rezultatul dorit din cauza aplicării lor la un bolnav al cărui diagnostic a fost falş.

Din Berlin în timpul din urmă a început tendinţa de a face studiul bolilor infecţioase un studiu de domeniu clinic, lăsând cercetărilor bacteriologice studierea numai a cauzelor infecţiunii. Intr'o lucrare recentă vedem că se spune între altele că dacă bacteriologia a avut succes aproape ca nici altă ştiinţă a entuziasmat savanţii din toată lumea şi poate entuziasmează şi astăzi cu tot enormul sprijin material şi moral ce-l are nu a răspuns speranţelor puse întrânsa. Rezultatele obţinute sunt cu mult mai mici decât s'ar fi aşteptat şi aceasta vine din cauză că bacteriologia a luat un simptom drept boala însuşi. Microbii nu constitue maladia infecţioasă ci numai cauza ei. Cum un electrician care studiază electricitatea şi diferitele condiţiuni de naştere ale curenului electric nu poate să rezolve chestiunile de patologie rezultând din acţiunea curentului electric asupra organismului ci numai medicului îi revine această însărcinare şi el are la îndemână mijlocele de a face acest lucru, tot aşa bacteriologul prin experienţe pe animale nu va putea studia cu succes bolile contagioase ale omului ci numai clinicianul studiind amănunţit bolnavul va putea să găsească calea ce a urmat boala în organism, să arate mijloacele de vindecare şi chiar eventual de o combate boala. Aceste cercetări se inspiră dela studiul apropiat al naturii şi noi ştim că natura este cel mai mare învăţător.

Adresându-ne studenţilor clinicei de boli contagioase îi sfătuesc să fie cât mai atenţi la aceste boale; ei vor avea ocaziunea să vadă tocmai bolile cu care se întâlnesc mai des la începutul carierei lor, care sunt mai grele şi asigură reputaţia începătorului, aducând în acelaş timp şi mari foloase societăţii.

O latură importantă încă al acestui studiu este şi faptul că ele măresc încrederea medicului în puterile sale şi entuziasmul pentru meseria sa deoarece acestea sunt aproape singurele maladii care se vindecă foarte des în mod complect când sunt bine îngrijite.

Tributul plătit de noi în ultimul război pentru întregirea neamului ne arată cât de necesar este ca studiul bolilor contagioase să pătrundă cât mai adânc în corpul medical. Ţara noastră prin situaţia ei geografică nu se poate asemăna din punct de vedere al acestor boli cu ţările civilizate din Apus.

S'a pus chestiunea unui război microbian în viitor. El nu pare cu desăvârşire exclus şi regretatul *Nicolle* cel mai celebru dintre medicii şi savanţii francezi moderni spune că nu

este imposibil, cu toate protestările, că în secretul unui laborator să nu fie preparat un atare război.

Programul nostru este ca, fără a neglija cercetările bacteriologice, să studiem cât mai profund maladiile contagioase din punct de vedere patogenic, clinic și terapeutic, păstrând ce e de folos din cunoștințele vechi și căutând a ne familiariza și a cerceta metodele noi încercând pe cât posibil a le perfecționa. Mai căutând încă a răspândi aceste cunoștințe cât mai profund la întreg corpul medical din țară.

Noi va trebui să studiem atât bolile din țara noastră cât și cele din țări îndepărtate care accidental sau intenționat ar putea fi aduse la noi.

Este natural că îndeplinirea acestui program are nevoie de mijloace și de timp.

CÂTEVA DATE PRIVITOARE LA DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL BOALELOR DE FICAT

de Prof. Dr. GH. TUDORANU
Director al Clin. II-a terapeutică

Boalele de ficat și a căilor biliare sunt, astăzi, din ce în ce mai bine cunoscute, grație mijloacelor moderne de diagnostic.

Statisticele recente arată că aproape 50% din populația adultă suferă de tulburări ale căilor biliare. Astfel *Grahani, Cole, Copher* și *Moore* dau o statistică de 24% de colecistită litiazică la adulți și acelaș procent de colecistită nelitiazică.

Crump, într'o statistică de autopsii, dă 59,6% de cazuri cu cholecistopatii, iar *Mentzer* pe 612 cazuri, din clinica fraților *Mayo*, dă un procent de 66%.

In țară la noi, cred că frequența boalelor de ficat este tot așa de mare. In practica mea medicală pe un număr de 20.000 de bolnavi ai tubului digestiv am găsit peste 10.000 de cazuri cu litiază biliară.

Astăzi nu mai tratez nicio dispepsie, până nu fac în prealabil o cholecistografie.

In articolul de față mă voiu ocupa de câteva afecțiuni biliare și hepatice (cholecistite, ictere, hepatopatii fără icter), voiu da câteva probe funcționale de laborator în maladiile de ficat și apoi voiu indica câteva norme generale de tratament în aceste maladii.

Insuficiența hepatică din cursul cholecistitelor și a boalelor căilor biliare.

In cholecistitele calculoase icterul este un simptom obișnuit. Apariția, gradul și durata icterului e însă condiționată de o serie de factori: localizarea calculului (în beșică, canalul cistic și hepatic, choledoc, ampula lui Vater), *coexistența unei hepatite*, spasme în căile biliare, mobilitatea calculului etc. *(Rehfus* și *Nelson).*

Localizarea calculului în beșică și cistic nu e întotdeauna lipsită de icter. *Cántórow*, pe 130 cazuri de calculi în beșică, găsește o hiperbilirubinemie în 50 cazuri. In aceste cazuri e vorba de o hepatită coexistentă, pusă în evidență prin probe funcționale (bromsulfalein etc.).

Frequența cea mai mare de ictere o dă *obstrucția choledocului: Eustermann* în 533 cazuri de icter găsește că 141 proveneau din obstrucția choledocului. Deci 27.4%. *Hartman* găsește acelaș lucru în 19.8%. Apariția icterului în asemenea cazuri nu ține întotdeauna de obstrucție, ci și *de starea ficatului*, lucru de importanță capitală pentru medic și bolnav, întrucât o intervenție chirurgicală nu este bine venită la acești bolnavi cu insuficiență hepatică. Mi-a fost dat să văd intervențiuni chirurgicale fatale la icterici cu antecedente litiazice indubitabile.

Pentru a evita aceste accidente este bine ca în cazurile de icter, la un bolnav cu litiază, să se facă toate examenele de laborator, cu un lux de detalii.

In afară de proba galactozuriei, care e pozitivă la icterele hepatice și negativă la icterele prin obstrucție și în afară de cercetarea urobiliongenului, a cărui absență arată o obstrucție completă a choledocului, autorii americani utilizează dozarea pigmenților din sânge.

Ridicarea bilirubinei din ser peste 15 mgr. la 100 în mod persistent arată că e vorba de o insuficiență hepatică, datorită unei hepatite.

Weir în 102 cazuri de obstrucția choledocului a găsit că 70% au o concentrație de bilirubină sub 10 mgr. la %. Cu cât se ridică bilirubina în ser, cu atât e mai mare posibilitatea unei hepatite și deci riscul operator e mai mare.

Icterul în cholecistitele necalculoase. Hartman pe 375 bolnavi cu cholecistită necalculoasă a găsit icter în 60 de cazuri, deci 16%, în comparație cu procentul de 31,74% de icter la bolnavii cu cholecistită calculoasă. Hepatita este cauza cea mai frequentă în asemenea ictere.

Graham a găsit în 87% din cazuri ficatul mărit, cu leziuni microscopice evidente. Dar în afară de icter unii bolnavi cu cholecistită pot prezenta și alte simpotme precum: oedem și dispnee, cari nu țin nici de cord, nici de rinichi, nici de pulmon, ci de insuficiența hepatică, pusă în evidență printr'o serie de probe funcționale a ficatului (descreșterea excreției acidului hipuric etc.) cum vom vedea mai departe.

Alți bolnavi cu obstrucția cronică o choledocului, la cari s'a întârziat cu intervenția chirurgicală, pot prezenta ciroză cu hepato-și splenomegalie.

In cazurile incipiente intervenția chirurgicală poate fi totuși posibilă, având ca rezultat și ameliorarea ficatului. In cazurile, însă, cu ascită și oedeme, intervenția este inoperantă.

Icterele hepatice.

Există o numeroasă familie de ictere hepatogene cu o etiologie infecțioasă sau toxică.

Incepând cu a) *subicterele* din diferitele infecțiuni (pneumonie, malaria, septicemii, sifilis hepatic) sau intoxicațiuni și continuând cu b) *icterele veritabile:* icterul epidemic de natură necunoscută sau cunoscută (spirochetoza icterohemoragică), trecând apoi la c) *hepatită icterică acută*, în care germenii înglobează icterul cataral de natură degenerativă sau cholangitică, toată lumea este de acord că, în aceste afecțiuni, este vorba de o leziune hepatică, mai ușoară sau mai gravă, în care icterul este un simptom, alături de alte turburări funcționale ale ficatului, care pot fi decelate cu o serie de probe de laborator și au nevoie de o terapeutică specială.

In icterele hepatogene, dintre probele funcționale, se vor căuta: bilirubinemia în ser după *van den Bergh*, galactozuria, cholesterinemia și aminoaciduria.

Deși majoritatea icterelor au un pronostic bun, totuși icterul are nevoie de un tratament deosebit, având în vedere că a) icterul se știe cum începe, dar nu se știe cum sfârșește și că b) poate lăsa, cum au arătat cercetările moderne, o hepatopatie latentă cu evoluție către ciroză, uneori. De aceea, ictericii trebuesc urmăriți, luni și ani de zile, făcându-li-se probele funcționale de mai sus.

Hepatitele fără icter.

In absența icterului, oridecâteori vom avea de-a face cu o hepato sau splenomegalie, ascită, prurit, hematemeze, tulburări dispeptice, ori dureri epigastrice, trebuie să ne gândim și la ficat. Dar chiar și în afară de aceste simptome mai există cazuri în care ficatul poate fi atins. Astfel s'au

raportat cazuri de insuficienţă hepatică în cursul anemiilor severe, în cursul maladiei lui Bazedow şi în cursul diferitelor intoxicaţiuni, între cari acea de Neosalvarsan nu trebuie de uitat niciodată.

In aceste cazuri Americanii, dintre probele funcţionale ale ficatului, întrebuinţează bromsulfaleina şi testul acidului hipuric.

Din cele de mai sus rezultă că insuficienţa hepatică este de o mare frecuenţă şi că probele funcţionale ale ficatului trebuesc mai bine cunoscute de publicul medical, căruia i se încredinţează viaţa bolnavului. Deaceea vom insista asupra câtorva probe funcţionale mai mult utilizate în anii din urmă în patologia hepatică.

Probe funcţionale.

Deşi nu toată lumea este de acord în privinţa probelor funcţionale ale ficatului *(Sahli,* în scepticismul lui, vorbeşte de: «aşa zisele probe funcţionale», *Enescu* nu găseşte niciun raport între diferitele probe de explorăţie a stării funcţionale a ficatului), totuşi utilitatea lor este incontestabilă în clinică. Voiu indica numai pe cele ce se bucură de mai multă reputaţie.

In cazurile de icter se determină *cantitatea de bilirubină* după metoda lui *v. d. Bergh,* sau după indicele icteric (raportul dintre coloraţia serului şi o soluţie standard de bichromat de potasiu, după procedeul *Killian* şi *Schattuck).* Am arătat care e importanţa determinării cantitative în icterele hepatice şi cele mecanice. In icter se va căuta deasemenea proba *galactozuriei, cholesterinemia* şi *aminaciduria.* In icterele prin obstrucţie, înainte de operaţie, se va căuta şi *timpul de coagulare şi sângerare.*

In insuficienţa hepatică fără icter se va determina şi funcţia excretorie a ficatului prin rose bengale, metodă preferată de francezi ,sau prin bromsulfalein, preferată de americani. Deasemenea se va căuta urobilina în urină. In ultimii ani s'au mai propus câteva probe:

1. *Testul acidului hipuric* şi ureea clearance *(van Slycke)* e întrebuinţat ca o apreciere a necrozei celulelor hepatice (diagnosticul diferenţial între hepatita arsenicală şi cea sifilitică).

2. Determinarea raportului dintre serine şi *globuline.* Icterele prin obstrucţie nu modifică cifrele normale. Icterele hepatice sunt întovărăşite de o scădere a serinelor şi o ridicare a globulinelor.

3. *Testul fosfatazei* şi

4. *Tirozinuria reacţiei lui Takata Ara* dă rezultate apreciabile numai în ciroze.

Câteva norme generale de tratament. In icterele prin *obstrucţie* când probele funcţionale ale ficatului ne arată că e vorba de icter mecanic (afară de cancerul capului pancreasului) intervenţia chirurgicală este de rigoare. Şi înainte de operaţie şi după operaţie trebuesc date bolnavului o serie de îngrijiri medicale pentru a preîntâmpina o insuficienţă hepatică. Un lucru care nu trebuie neglijat niciodată este administrarea de *Hidrocarbonate* (Dextropur) reclamată de faptul că un ficat este cu atât mai sănătos şi luptă cu atât mai bine, cu cât e mai bogat în glicogen şi de faptul că suprimarea bilei din intestin duce la o putrefacţie intestinală care are nevoe de o dietă cu hidrocarbonaţi.

Intr'adevăr, experienţele lui *Mann* şi *Bollmann* au arătat că un ficat se reface cu mult mai bine cu o dietă bogată în hidrocarbonaţi decât proteine.

Deasemenea o serie de cercetări au arătat că un ficat sărac în glicogen este mai expus la intoxicaţiuni şi că adausul de mari cantităţi de hidraţi de cărbune neutralizează influenţa nocivă a o serie de otrăvuri (morfină, cianură de potasiu, cloroform, etc.).

Deaceea pentru a preveni sau chiar a trata o insuficienţă hepatică e absolută nevoie de o dietă foarte bogată în hidraţi de cărbune (Dextropur). Inainte de intervenţia chirurgicală e nevoie de o dietă cu 300—500 gr. de hidraţi de cărbune.

După intervenţie de asemenea e nevoie de hidraţi de cărbune şi de mici doze de Insulină, care ajută şi mai bine la fixarea glicogenului hepatic.

Dintre hidraţii de cărbune se preferă *Dextropur* (care conţine Dextroză 99.9%) cu rezultate admirabile în terapia hepatică. In cazul când e asociat cu Insulină se fac de două ori pe zi câte 10 unităţi de Insulină, iar 1/2 oră mai târziu se dau 3 linguriţe de Dextropur; Preparatul se poate administra în clisme, în injecţii izotonice de 60‰ şi chiar în irigaţii prin fistula biliară.

In tratamentul litiazei biliare, în afară de medicaţia colecistochinetică în cazurile în care e nevoie de drenaj, consiliez întotdeauna Dextropur la bolnavii cari fac din timp în timp subicter sau icter, ca un tratament profilactic al insuficienţei hepatice.

In tratamentul icterelor prelungite, întrebuinţarea hidrocarbonaţilor (Dextropur) şi a dozelor mici de insulină ajută la fixarea glicogenului şi deci la însănătoşirea rapidă a ficatului.

In general toate maladiile de ficat beneficiază de regimul cu Dextropur.

Dar în aceste afecţiuni lipsa din alimentaţie a grăsimilor nu rămâne fără o prejudiciare a organismului, producându-se o carenţă de vitamine A şi D, responsabilă pentru fixarea calciului şi pentru hemoragii.

Deaceea se vor da bolnavilor preparate de Ergosterină iradiată (Viosterin, Detavit).

Regimul trebuie să cuprindă în acelaş timp şi vitamina C, a cărei deficienţă este răspunzătoare de fragilitatea capilară. In afară de Insulină în tratamentul insuficienţei hepatice se întrebuinţează de unii autori, preparate de tiroidă şi capsule suprarenale, care regenerează ficatul în experienţele pe animale. *Eppinger* întrebuinţează în icterele catarale Cortin, iar *Pribram* întrebuinţează Thyroxin, pentru gimnastica pasivă a celulelor ficatului. (Insulina e asimilatoare şi Thyrozina desasimilatoare). *Pribram* recomandă 2 zile Hidraţi de cărbune 40% cu 8 unităţi Insulină intravenos şi 2 zile 1 cmc. din 1‰ Thyroxin, intramuscular.

Opoterapia hepatică e întrebuinţată nu numai în anemiile pernicioase, ci şi în afecţiunile hepatice. In ascită o poterapia hepatică are şi o acţiune diuretică.

Deasemenea se fac încercări de tratament cu extract de ficat, mucoasă veziculară, glande a căilor biliare extrahepatice şi plex nervos, preparat cunoscut sub numele de Cholatonon. Dar Hidrocarbonaţii rămân baza tratamentului în boalele de ficat Dextropur se înscrie ca un medicament de primă necesitate, ca Digitala ficatului, cum zice *Funk,* fiind mult mai utilă decât Urotropina, întrebuinţată unde trebuie, dar mai ales unde nu trebuie.

BIBLIOGRAFII

Röntgenatlas Frühtuberkulöser Veränderungen im Hilus, bei systematische Standard-queraufnahme von Dr. R. Czarnecki Leiter der Tuberkulose-Abteilung im Staalt. Gesunheitsamt Leipzig Land. 1 vol. 98 pag. cu 308 figuri şi n tabelă. *Georg Thieme. Verlag,* Leipzig, 1936. RM. 21, 60 (broşat). Reprezentant pentru România, librăria medicală, *H. Welter,* Sibiu, str. Regina Maria No. 28.

Bazat pe observaţiuni numeroase şi sistematice, autorul prezintă în Atlasul său o vedere generală asupra afecţiunilor hilare, depistate printr'o tehnică radiologică specială.

Necesitatea unei cât mai strânse colaborări între examenul clinic şi cel radiologic, pentru stabilirea diagnosticului în boalele aparatului respirator, nu mai trebuie azi să fie demonstrată. Autorul insistă dela început asupra acestei noţiuni fundamentale.

O bogată iconografie, de o perfecţiune tehnică incomparabilă, caracterizează esenţialmente această originală lucrare, apărută în colecţia: «Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen», de sub conducerea prf. Grashey (Köln).

Noi contribuţiuni la tratamentul Limphogranulomatozei inguinale benigne (Nicolas Favre). Fuadin asociat cu preparate din grupul sulfonamidelor (Prontosil)

de Dr. N. DIACONESCU, Dr. RADU CONSTANTINESCU, Dr. DIMITRIE CONSTANTINESCU, Dr. COLUMBAN M.

După o statistică făcută recent în Serviciul de boli venerice din Spitalul Militar «Regina Elisabeta», s'a constatat că numărul cazurilor de limphogranulomază ing. benignă (Nicola-Favre) a crescut îngrijorător în ultimul timp faţă de cazurile rare din trecut.

In cursul anului 1937—1938 am tratat în acest serviciu 298 cazuri faţă de 192 în 1936—1937 şi 85 în 1935—1936.

Cum vârsta bolnavilor din acest serviciu este cea mai proprie contractării acestei afecţiuni şi cum extensiunea acestei maladii ia proporţii şi în lumea civilă în acelaş ritm, sforţările tuturor specialiştilor caută să găsească cele mai eficace mijloace de tratament în prevenirea acestei afecţiuni.

In mediul militar, prevenirea maladiilor venerice nu dă prea bune rezultate, din cauza lipsei de măsuri eficace de supravegherea şi control medical al prostituţiei clandestine şi chiar oficiale. Ca imediată consecinţă avem procentul mare de bolnavi de maladii venerice în armată. Grija noastră continuă este de a aduce cât mai reale şi folositoare contribuţiuni la scurtarea evoluţiei acestei maladii şi obţinerea unei vindecări cât mai rapide şi mai complecte.

Am încercat în tratamentul acestei afecţiuni diverse mijloace cu rezultate variabile şi inconstante.

In urma rezultatelor foarte încurajatoare obţinute de unul din noi cu Fuadin intraganglionar şi intramuscular pe un număr de 18 cazuri şi în urma unor foarte frumoase rezultate obţinute de unii autori, am hotărît să experimentăm pe un număr de bolnavi, tratamentul asociat de Fuadin cu preparate din grupul sulfonamidelor.

Intr'o lucrare făcută de ambulatorul venerologic al Dispensarului muncitoresc din Zagreb de către dr. *Nead. J. Gjurid* şi apărută în «Münchener Medizinische Wochenschrift» din Martie 1938, s'a descris o terapie asociată de Fuadin cu Prontosil cu rezultate foarte bune. Autorul arată că graţie acestui mijloc, numărul injecţiilor cu Fuadin se reduce mult şi vindecarea este mult mai rapidă.

Fuadin-ul a fost aplicat după technica lui *Khali*. Prontosilul a fost administrat timp de 5 zile câte 5 comprimate, apoi câte 3 zile câte 4 comprimate, apoi o pauză de 3—5 zile, după care se repetă. Cu această cură combinată de Fuadin (3-10 injecţiuni) cu Prontosil (16-20 gr) s'au obţinut rezultate bune şi rapide.

Kubitzki a administrat Prontosil singur, obţinând o îmbunătăţire a stării generale (scăderea febrei) şi ameliorări apreciabile locale (Der Deutsche Militärarzt din Martie 1938).

Prontosilul este clorat 4 sulfonamid-2, 4-diaminoazobenzol, a cărui preparaţie sintetică a fost realizată de *Mietsch* şi *Klarer* în 1932.

Domagk a făcut studiul Prontosilului pe şoareci, pisici, şi a constatat că acest preparat nu e toxic, şoarecele de 20 gr. putând suporta uşor 5 miligrame de medicament din diluţia 0,25% în injecţiuni subcutane, intravenoase sau per os. Eliminarea coloratului azoic prin urină începe la ½ oră dela administrare. El nu exercită nici o acţiune asupra rinichiului, asupra funcţiunei fiziologice a inimei şi organelor digestive. Animalele nu pierd din greutate. Studiul experimental al lui *Domagh* a fost reluat de *Levaditi* şi *Weismann*, cari au demonstrat toleranţa perfectă a preparatului. *Schreuss* arată că medicamentul lucrează prin intermediul sistemului reticulo-endotelial. *Levaditi* ajunge la aceleaşi concluziuni.

Cu concursul binevoitor al casei «*Romigefa*», care ne-a pus la dispoziţie Fuadin şi Prontosil pentru cercetările noastre, am experimentat acest tratament pe un număr de 40 bolnavi.

Dăm mai jos 2 observaţii clinice dintr'un număr mai mare de cazuri tratate în serviciul nostru, pentru a vedea evoluţia Limphogranulomatozei ing. benigne, tratată cu aceste medicamente.

Observ. 1.— Sold. I. N. intră în serviciu pe ziua de 25.5.38 suferind de Limpho. granulomatoză ing. dr. benignă (Nicolas-Favre) în faza de debut. Maladia datează de o lună de zile. Intradermoreacţia Frei intens pozitivă. Bordet-Wassermann, Ito-negative.

La intrarea în serviciu bolnavul prezintă în reg. ing. dreaptă, deasupra arcadei crurale, o masă dură, de mărimea unei mandarine neregulate, boselată, formată din coalescenţa mai multor ganglioni. Nu prezintă nici un semn de supuraţie. Pielea normală. In fosa iliacă corespondentă se simte la palpat o masă mare adenopatică, care comunică pe sub arcada crurală cu adenita inguinală. Bolnavul acuză turburări ale stării generale: Obosit, uşoare artralgii, febril, uneori are frisson, transpiraţii nocturne, uşoară hipertrofie a ficatului şi a splinei.

Pe ziua de 28.5 începe tratamentul cu Fuadin şi Prontosil. Prontosilul se administrează primele 5 zile câte 5 comprimate pe zi, apoi 4 zile câte 4 comprimate, după care se face o pauză de 5—6 zile.

După primele 3 injecţii de Fuadin şi 15 comprimate de Prontosil, starea generală mult ameliorată, local reacţia de periadenită mult redusă. Starea bolnavului se îmbunătăţeşte mereu şi pe ziua de 11.6.38 părăseşte spitalul complect vindecat. (A făcut 10 injecţii de Fuadin şi a luat 15 gr. Prontosil).

Observ. 2. — Civil B. A. se prezintă la consultaţie pentru Lymphogranulomatoză ing. bilat N. F. în faza de debut. Frei intens pozitiv. B-Wassermann Ito=Negative, febril, starea generală bună. Local ganglionii tumefiaţi, înglobaţi într'o massă de periadenită de mărimea unui ou de găină şi mai mari, durere locală, jenă în mers, dureri la presiune, cu tendinţa de creştere progresivă. S'a prescris tratamentul cu Fuadin şi Prontosil rubrum comprimate. După 3 zile de tratament, febra scade la normal, local nu mai are dureri, blocul ganglionar mult redus. După 10 zile de tratament bolnavul e complect vindecat. Se prescrie să continue Prontosil per os încă 5 zile. Revăzut peste o lună, două luni, trei luni, bolnavul nu prezintă recidivă.

Concluziuni.

1. Fuadinul asociat cu Prontosilul rubrum, scurtează mult evoluţia Lymphogranulomatozei inguinale benigne, dând vindecări complecte şi rapide (8—30 zile) după 3—10 injecţii Fuadin şi 10—12 gr. Prontosil rubrum comprimate per os.

2. Prontosilul singur sau asociat cu Fuadin dă după 1—3 zile de tratament căderea febrei, ameliorare locală apreciabilă şi încetarea oricărei supuraţiuni, în formele de Lymphogranulomatoză supurate sau fistulizate.

3. Nici Fuadinul, nici Prontosilul nu sunt toxice, eliminarea făcându-se regulat.

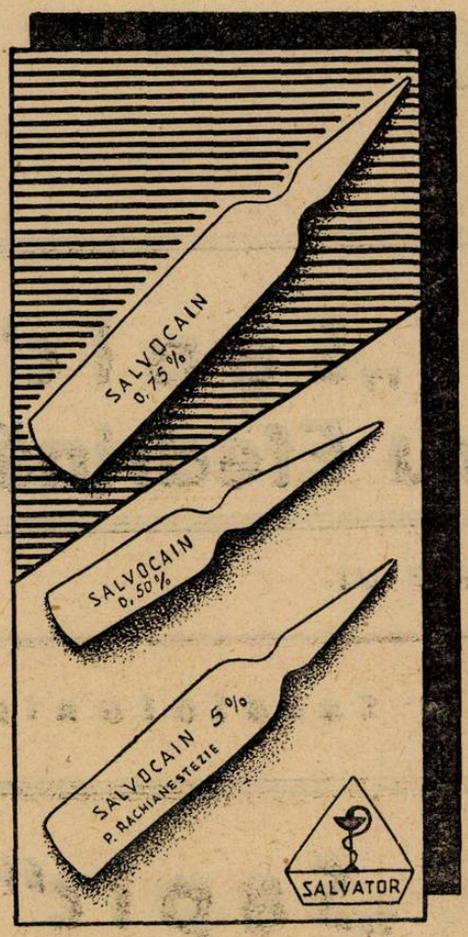
4. Tratamentul este în general bine suportat. Nu am observat decât foarte rari cazuri de dureri articulare cari se vindecă dela sine.

5. In cazurile de Lymphogranulomatoză în faza nesupurată, indiferent de timpul scurs dela debut, în urma tratamentului asociat de Fuadin cu Prontosil, rezoluţia massei ganglionare este constantă şi rapidă.

6. In faza de supuraţie, procentul de vindecări sau foarte mari ameliorări, este aproape de 85% într'un timp foarte scurt (8—30 zile).

Când blocul ganglionar ia un aspect fibros cu numeroase fistule, acest tratament dă rezultate inconstante.

7. In privinţa certitudinei vindecării şi evitării recidivelor, proba prin examenul vitezei de sedimentare globulară arată acţiunea favorabilă a acestui tratament asupra Lymphogranulomatozei inguinale benignă.



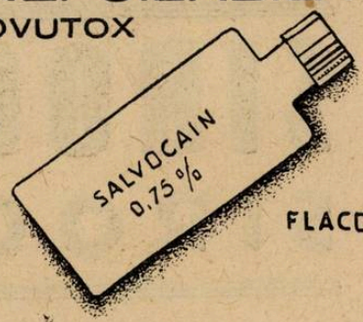
SALVOCAIN

CU ŞI FĂRĂ SUPRARENIN

STERILITATE INEPUIZABILĂ

DUPĂ PROCEDEUL NOVUTOX

1 NETOXIC
2 NEIRITANT
3 BACTERICID
4 HEMOSTATIC



FLACON

ANESTEZIC

LOCAL, REGIONAL ŞI LOMBAR
în toate ramurile chirurgiei.
INJECTABIL ŞI IN ŢESUTURI INFLAMATORII

CONCENTRAŢII:
0,50/0, 0,75/0, 1/0
ptr. rachianestezie sol. 5/0
în fiole dela 3—100 cmc.

LABORATORUL „SALVATOR" BRAŞOV

Mostre şi literatură: M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

„Farmako"

LABORATOR DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE.

Pulmonin
„Farmako"

Antiseptic pulmonar puternic în gripă, bronşită, pneumonii, bronchopneumonii

Adulţi: 1—2 fiole pe zi
Copii, 1/2—1 fiolă pe zi.

Asociaţie de chinină bazică şi camfor, dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole à 1,1 ccm. şi 2,2 ccm.

Creosocalcin
„Farmako"

Rezultate remarcabile în toate afecţiunile pulmonare: bronşite acute şi cronice, tbc. pulmon., gripă, tuse convulsivă; profilactic.

Plăcut la gust şi miros.

Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Sulfocreosotat de potasiu, fosfat de codeină, nitrat de aconit, lactofosfat de calciu.

Flacoane mari şi reduse.

Analgosan
„Farmako"

Analgetic de un efect puternic şi constant în cefalalgii, migrenă, lumbago, sciatică, nevralgii, dismenoree, dureri de dinţi.

1—4 tablete pe zi.

Dimetilaminoantip.
Acetamidofenetol.
Trimetilxantină.
Sare de Pelletier brom

Cutii cu 12 comprimate.

Desinfectant şi
Recalcifiant pulmonar
în Tuberculoză,
Gripă,
Bronchite

SIROCALCIN „Sapic"
SIROCALCIN cu Efedrină

Sirop cu gust plăcut.

Analeptic Cardiotonic

CORDISAN „Sapic"
CORDISAN-EFEDRINA

Picături — Fiole injectabile — Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

Pneumonie
Bronchopneumonie
Gripă
Profilactic după operaţiuni

PULMOSEPT „Sapic"

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
„SAPIC"
Bucureşti VI, Strada Cazărmei No. 89.

LEGEA SERVICIULUI SOCIAL

de Prof. Dr. P. TOMESCU

De curând s'a promulgat Legea «Serviciul Social» pentru ridicarea satelor, menită să dea o nouă organizaţie, — temeinică şi complectă — vieţei rurale româneşti.

Cum problema sănătăţei ocupă un loc foarte însemnat în această reorganizare a satelor noastre, cred că este util să arătăm modul în care noua lege îşi propune să o rezolve.

Chestiunea este cu atât mai interesantă, cu cât, deşi s'au făcut eforturi însemnate pentru ameliorarea sănătăţei publice în ţara noastră, rezultatele la care s'a ajuns, nu sunt încă satisfăcătoare.

Este probabil că nu s'a putut realiza mai mult, pentru că lupta s'a dat disparat, fără să existe o sinergie de acţiune între eforturile făcute pe planul sanitar, cu o mişcare de ridicare a vieţei rurale în celalte domenii de activitate.

Aceasta nu înseamnă că nu se făceau, concomitent, aceleaşi importante eforturi şi în alte direcţii. Ele însă nu erau coordonate şi nu constituiau o acţiune convergentă şi sistematică.

Noua lege este menită să înlăture aceste dificultăţi, asigurând totdeodată mijloace morale şi materiale însemnate pentru reorganizarea vieţei rurale româneşti.

Legea Serviciului Social se datoreşte iniţiativei Majestăţei Sale Regelui Carol al II-lea şi colaborării active a d-lui profesor D. Gusti, sociologul reputat, care ştie să adapteze principiile de înaltă ştiinţă,—la realităţile noastre naţionale. Dealtfel în noua legiferare s'a pornit tocmai de la cunoaşterea temeinică a realităţilor, studiate îndelungat pe teren, de echipele regale studenţeşti.

Din această cercetare s'a ajuns pe baze documentare, la ideia fundamentală, pe care o avem intuitiv, cu toţii, că viaţa satelor noastre este încă primitivă, deşi ţăranii au însuşiri intelectuale alese, mergând uneori, până la realizări artistice impresionante.

Totdeodată s'a constatat că populaţia rurală este nu numai susceptibilă, dar şi doritoare de progres. Echipele institutului social erau pretutindeni, bine primite şi în multe părţi. — cerute insistent.

După un studiu aprofundat al problemelor vieţei rurale, s'a ajuns la concluzia că ele sunt strâns legate şi numai printr'un progres general (economic, cultural şi sanitar) se va putea asigura o viaţă socială mai bună satelor noastre.

De aceia legea serviciului social abordează toate aceste probleme şi caută să le soluţioneze.

In special, progresul sanitar este imposibil de realizat fără o bună stare materială a ţăranilor şi fără o desvoltare culturală mulţumitoare.

Din cauza acestei convingeri, medicii speră ca legea serviciului social să realizeze condiţiunile indispensabile de ordin material şi de ordin spiritual, în care să se desvolte o populaţie rurală mai sănătoasă, mai viguroasă şi mai numeroasă.

Instituţia de bază, în noua organizaţie sătească o formează, *Căminul cultural*, în jurul căruia se concentrează toată activitatea satului, ocupându-se de «cultura sănătăţei, a muncei şi a minţii».

La căminul cultural va fi Dispensarul medical, Farmacia şi Baia, acolo desvoltându-se întreaga activitate medicală pe triplul plan: curativ, profilactic şi educativ.

Ceea ce ni se pare cu deosebire de interesant şi de util, este colaborarea efectivă la care legea obligă pe toţi funcţionarii publici dintr'un sat şi dintr'o regiune. Lăsând la o parte toate divergenţele temperamentale şi toate animozităţile personale, oamenii trebue să se ralieze într'o activitate comună. Numai dintr'o astfel de colaborare, în care sociabilitatea trebue să învingă tendinţele antagoniste, va putea ieşi acea mişcare de reînoire, acea renaştere de care se simte atâta nevoe.

Medicii, în special, individualişti prin educaţia lor profesională, cu o personalitate bine conturată graţie formaţiei lor spirituale, sceptici uneori, din cauza decepţiilor anterioare, — vor trebui să facă efortul necesar, pentru a se adapta la munca de echipă. Şi suntem siguri că o vor face.

De fapt, prin noile dispoziţii legale, se trece de la sistemul individualist al activităţei funcţionarilor publici, — la un sistem de largă colaborare.

In modul acesta, munca pulverizată şi împrăştiată altădată, va fi potenţată prin lucrul în comun.

Pentru ca noul sistem să reuşească, trebue înţeles în intenţiunile lui şi aplicat în vederea rezultatelor finale.

Pentru a asigura Serviciului Social, personalul necesar şi pentru a familiariza pe toţi intelectualii ţărei cu problemele vieţei ţărăneşti, pregătindu-i totdeodată pentru rolul lor de mai târziu, s'a instituit prin lege, obligativitatea serviciului social ce va dura maximum un an.

Această măsură a stârnit unele aprehensiuni în tinerime. Le socotim însă, neîntemeiate.

In primul rând, serviciul social va constitui o complectare extrem de utilă pentru pregătirea lor profesională: Va fi experimentarea pe teren, a cunoştinţelor din şcoală şi un prilej fericit pentru complectarea unei ideologii la baza căreia trebue să stea naţionalismul constructiv.

In al doilea rând, prezenţa tinerilor în serviciul social, va fi un stimulent continuu pentru cadrele permanente ale acestei organizaţii.

In al treilea rând, munca rodnică pe care tinerii stagiari o vor desfăşura, va constitui pentru ei, nu numai o satisfacţie imediată dar şi punct de plecare de reflexiuni utile pentru toată evoluţia lor de mai târziu.

Obiecţiunea cea mai serioasă ce se aduce obligativităţei serviciului social este, că noile generaţii vor intra în viaţa productivă, după doi ani de la terminarea studiilor: un an pentru Serviciul Social şi unul pentru cel militar.

Studenţilor cari îmi semnalau acest inconvenient, le-am dat următorul răspuns, pe care-l consemnez aici, pentru studenţii ce vor citi acest articol: şi tinerii din generaţia mea, am întrerupt activitatea noastră şcolară sau profesională în timpul celor doi ani de război. Am făcut-o cu entusiasm şi cu plăcere, deşi riscurile şi greutăţile erau cu mult mai mari.

Este adevărat că profesorii noştri ne pregătise sufleteşte pentru lupta cea mare prin care trebuia să se realizeze idealul naţional.

O astfel de pregătire trebue să facem, la rândul nostru, studenţilor de azi, pentru obligaţiile ce au faţă de societatea românească. Şi sunt sigur că ei vor şti să înţeleagă toate comandamentele momentului actual.

* * *

Incheind, vom spune că, suntem convinşi că legea serviciului social, va aduce, cu timpul, o transformare radicală a vieţei rurale româneşti.

Desigur că pentru a ajunge la acest rezultat pe care îl întrevedem, este nevoe de o muncă îndelungată, care va dura mulţi ani şi va consuma multe energii. Opera ce se va înfăptui este prea mare pentru a fi facilă, iar transformarea ce se urmăreşte este prea radicală pentru a se realiza rapid.

In special credem că organizaţia Serviciului Social va asigura substratul material şi condiţiile culturale, în care lupta pentru sănătatea satelor se va putea desfăşura în condiţii mult superioare celor din trecut.

† D-rul Nicolae B. Ionescu

D-rul Nicolae B. Ionescu, asistent al Laboratorului de Farmacologie şi Bibliotecar al Facultăţii de medicină, a încetat din viaţă în ziua de 31 Decembrie 1938.

Născut în anul 1891 la Bucureşti, a făcut studii foarte frumoase la Facultatea de medicină din Capitală, în al cărui serviciu se afla ca asistent şi ca Bibliotecar.

In ziua de 3 Ianuarie 1939, D-rul Nicolae B. Ionescu a fost condus pe ultimul drum de prietenii şi colegii cari l-au apreciat, l-au stimat şi l-au iubit.

La trista ceremonie funebră, d-nul Profesor Dr. *S. Lalu* a ţinut următoarea cuvântare:

Indurerată Doamnă,
Intristată Adunare,

Nu poate exista ceva mai penibil, ceva mai dureros, pentru inima şi mintea noastră, decât pierderea unei persoane iubite.

Mai ales când acea pierdere.. — ca aceasta din cazul de faţă — prezintă ceva aşa de nelogic, încât jigneşte peste măsură de mult, tot sufletul nostru!..

Când bieţii şi nemângâiaţii părinţi, au marea nenorocire să ducă plini de jale, corpul copilului lor iubit.. — aşa de crud deslipit de sufletul lor.. — la locul de infinită tăcere.., toată firea omenească se cutremură de durerea acestui fapt atât de nelogic în sine şi atât de inuman!..

Când un profesor merge după sicriul unui elev apreciat şi iubit, toate gândurile triste îi frământă mintea, fără a putea găsi un rost la această faptă lipsită de sens şi de consolare.

Nu-i nimic care să ne mâhnească, care să ne dezoleze mai mult, decât constatarea dispariţiei pentru 'ntotdeauna şi bruşte.. — de acasă, dela şcoală, dela laborator.. — a tocmai acelua care trebuia să fie prezent în mod natural, în mod logic.. şi care cu inteligenţa sa, cu devotamentul său, cu gluma, cu amabilitatea sa şi cu toate calităţile sale deosebite, dădea la toţi, satisfacţiuni şi permitea speranţe în viitor.

D-rul Nicolae B. Ionescu, după o muncă grea, ordonată, inteligentă, ajunge a ocupa cu demnitate un loc de cinste în învăţământul nostru superior. Bibliotecar Şef al Facultăţii de Medicină din Bucureşti: fost Asistent al Clinicei de Boli Mentale, apoi Asistent al Laboratorului de Farmacologie; el îşi îndeplinea toate însărcinările cu scrupulozitate şi inteligenţă.. şi atunci.. când promitea să dea măsura forţelor lui, în deplină posesiune a însuşirilor sale excepţionale.. şi fără să fi bănuit nimeni ceva s'a îmbolnăvit deodată.. boala a făcut progrese continue şi ne-a părăsit.. mult prea de timpuriu!.. lăsându-ne pe toţi nedumeriţi şi întristaţi.

Natura îl înzestrase cu calităţi distinse şi nobile. Zelos în îndeplinirea datoriei, el o exersa cu plăcere, cu pasiune.

Iubitor şi înţelegător al chestiunilor ştiinţifice şi de ordin social, care-l interesau şi-l pasionau, el avea o cultură generală şi de specialitate, din cele mai frumoase.

Era bun în toată accepţia cuvântului; îndatoritor la orice ocazie; se putea compta pe cuvântul lui, în orice împrejurare; îndeplinea întotdeauna, mai mult decât promitea şi orice con

trarietate sau suferinţă ar fi avut, el căuta să le ascundă, vroind a se arăta în totdeauna bine dispus, să nu provoace sentimentul de milă, faţă de nimeni.. şi dacă nu putea face întotdeauna binele care l'ar fi dorit, ţinea să facă cel puţin plăcere tuturora.

Nu s'a plâns niciodată de teribila lui maladie.. care l-a chinuit atât!.. şi de care îşi dădea seama mai bine ca oricine.. lăsându-ne totuşi să credem că o ignorează în parte.. şi că poate îşi face iluziuni..

Noi medicii, care vedem mai de-aproape ca alţii, suferinţele şi nenorocirile lumei, înţelegem şi compătimim de sigur, mai mult ca oricine soarta bietei omeniri; suntem ţinuţi însă, să suportăm durerile noastre proprii, cu abnegaţie, căci nu ne este permis să lăsăm să se vadă cea mai mică slăbiciune a noastră.

Ne dăm seama de toată fragilitatea vieţei, de toată nimicnicia existenţei şi dacă nu putem pătrunde acest mister şi nici sensul lui măcar!.. datoria noastră este totuşi, să suferim în modul cel mai demn, loviturile soartei, care nu ne menajează, nu ne loveşte poate mai greu — neavând dreptul decât numai acei dintre noi, care ştiu să sufere în tăcere, să fie consideraţi adevăraţi medici — cu toate că în sufletul nostru, durerea este poate mai mare ca în a altora.

In faţa corpului neînsufleţit al iubitului nostru coleg, în numele Laboratorului de Farmacologie al Facultăţei de Medicină din Bucureşti, eu profesorul, împreună cu toţi colaboratorii şi prietenii lui Ionescu, avem durerea să ne închinăm cu o emoţie, care depăşeşte vorbele.. Indurerată Doamnă.. dorind ca sentimentele noastre sincere, să vă dea puterea să suportaţi nenorocirea aceasta aşa de mare care v'a lovit şi căreia i-aţi opus, ca o adevărată şi demnă soţie de medic, — Doctoreasă D-v. însăşi, — o tărie de caracter excepţională!.. dând tot timpul, soţului D-v. iubit, cu o energie care întrece orce admiraţiune, luni de zile şi de nopţi înspăimântătoare, îngrijirile cele mai delicate şi cele mai afectuoase, îndulcindu-i astfel, într'o mare măsură, suferinţele.

In afară de toate celelalte sentimente, Ionescu a avut din cauza aceasta, o mare recunoştinţă — în toată duioşia ei — pentru D-v., pe care vă cer voe, să v'o mărturisesc şi eu. I-aţi impus respect. A închis ochii, mulţumindu-vă cu cea mai adâncă şi mai afectuoasă recunoştinţă, care o pot avea, numai medicii de talia lui.

Prin frumuseţea calităţilor sufleteşti şi ale inteligenţii sale, prin munca sa neobosită, prin corectitudinea sa, Ionescu a ajuns să fie stimat, apreciat şi iubit de şefi, de colegi şi de toţi acei care au trăit în apropierea lui şi i-au putut astfel aprecia virtuţile pe care ţinea să nu le desvălue.

Indurerată Doamnă,

Nouă, camarazilor lui, Ionescu ne va lipsi tot timpul şi nu ne vom mai putea deprinde cu absenţa lui..

Ce trist are să ni se pară de-acum înainte, mai ales nouă acestora mai în vârstă, laboratorul fără dânsul!.. biblioteca.. fără colegul nostru!.. fără Ionescu.. care ne va lipsi mereu.. mereu..

Ne vom aduce însă întotdeauna aminte de acest prieten iubit, din cauza cuvântului său blând şi bun.. din cauza inteligenţii sale vioae, din cauza incontinuei lui amabilităţi şi a tuturor delicatelor sale sentimente.. pe care i le-am cunoscut, fără voia lui!.. apreciindu-l după meritele sale, care erau mari şi împodobeau aşa de frumos, fiinţa lui bună şi plină de farmec şi are să ne pară întotdeauna rău.

Dar.. n'avem voie să plângem.

Fie-i ţărâna uşoară..

De sigur, amintirea lui ne va fi cât vom trăi, adică întotdeauna, scumpă.

CHIMIOTERAPIA GRIPEI ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

cu GERMICID
DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură

EXPECTORANT
ANTISEPTIC PULMONAR
RECALCIFIANT

ERIGON
DR. WANDER
Sirop

IN TUBERCULOZA
BRONŞITA, GRIPA

OVOMALTINE
DR. WANDER
Aliment dietetic

După operaţiuni, regim în boli de stomac şi intestine, boli infecţioase acute şi cronice (gripă, pneumonie, tuberculoză).
Cură de îngrăşare.

Valori nutritive mari în volum mic.

MOSTRE ŞI LITERATURĂ TRIMITE LA CERERE

DR. WANDER
Societate pe Acţiuni
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s. a.

Str. Plantelor, 21

In afecțiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii în special pneumonie, abces pulmonar, bronchopneumonie, pleurezie purulentă, etc.

apoi în septicemie, remediul suveran

Camfalcol inj.

Camfor — Alcool — Glucoză

Pentru injecțiuni intravenoase.

20—80 cc. pe zi, după gravitatea cazului.

Remediul sigur al durerilor de orice natură:

Veropyron

pulbere și tablete

Medicația salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulți și copii.

KALMOPYRIN

Tablete Pulbere

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Progresele sanitare ale anului 1938 şi programul de acţiune pentru viitor

Inalt Prea Sf. Sa Patriarhul României şi Prim ministru al ţărei, în discursul său de anul nou, ţinut în faţa M. Sale Regelui, a arătat progresele sanitare ce s'au realizat în 1938 de Ministerul sănătăţii, spunând următoarele:

«In deosebi ne-am îngrijit în modul cel mai stăruitor de sănătatea publică a comunelor şi satelor, cu 7 spitale noui, alte 18 în construcţie, cu 63 dispensarii noui, 1175 de băi poporale, 19057 fântâni noui, 292759 de fântâni desfundate; 22046 de bălţi curăţate; 446 km. de şanţuri noui; 7977 km. de şanţuri curăţate. In număr mare s'au împărţit gratuit medicamente, instrumente, aparate de radiologie. O ofensivă sanitară pe toată ţara, — la care au participat 8000 de inşi din personalul sanitar, — dintre cari 2242 medici şi toată administraţia publică — a dat rezultate bune. S'au dat milioane de consultaţii. Tifosul exantematic a dispărut. De o lună nu s'a mai ivit niciun caz. S'au numit 433 medici noui, apoi agenţi sanitari, moaşe şi alt personal, aproape 100 inşi».

Cuvântul Majestăţei Sale Regelui

In discursul de răspuns Majestatea Sa Regele Carol al II-lea a rostit următoarele cuvinte despre sănătatea publică:

«Dar o ţară nu poate fi prosperă, când viaţa ei economică nu este sincronizată şi cu starea sanitară a populaţiei. Fiecare ştie, că pe acest teren avem enorm de înfăptuit. Tuberculoza, bolile sociale, malaria, mortalitatea infantilă, fac ravagii şi că, în general starea sanitară a populaţiei lasă mult de dorit. Trebue, în această ramură a activităţii de stat, făcută o sforţare serioasă pentru întărirea neamului».

Cursuri pentru pregătirea medicilor de circumscripţii rurale

Până la creiarea Institutului superior de sănătate menit să pregătească în special medicul de circumscripţie care trebue să activeze în mediul rural, Ministerul sănătăţii a hotărât ca toţi medicii reuşiţi la examenul de medici sanitari — înainte de a fi trimişi la circumscripţii — să urmeze un curs, timp de trei luni, pentru cunoaşterea problemelor medico sociale şi măsurile de igienă ce trebuesc a se lua în mediul rural.

Printr'o decizie semnată de d. g-ral dr. N. Marinescu, ministrul sănătăţii s'a aprobat programul de organizarea acestor cursuri de perfecţionare, ce vor fi urmate, deocamdată, de cei 120 medici reuşiţi la examen.

Prin aceste cursuri se urmăreşte ca medicul să posede noţiuni de legislaţie şi administraţie sanitară, de care are nevoe în îndeplinirea serviciului, să-şi completeze cunoştinţele de obstetrică şi de puericultură în legătură cu specificul satelor noastre; să-şi însuşească toate cunoştinţele în legătură cu higiena şi profilaxia bolilor contagioase şi venerice.

Cursurile au început în ziua de 9 Ianuarie 1939 şi se ţin în oraşele: Oradea, Arad, Cluj, Braşov, Cernăuţi, Chişinău, Constanţa, Brăila, Sibiu, Timişoara şi Craiova .

Participarea la cursuri este obligatorie, iar medicii cari în cursul unei luni vor avea şase absenţe nemotivate, vor fi consideraţi demisionaţi.

La terminarea cursurilor, medicii vor trece un examen constând dintr'o probă scrisă cu două subiecte din materiile ce le-au fost predate. Lucrările vor fi calificate cu note cari se vor înscrie în cazierul medicului.

Al III-lea Congres Internaţional de Neurologie

Va avea loc la Copenhaga, de Luni 21 până Vineri 25 August 1939.

In acest congres se vor expune şi discuta următoarele probleme:

1. *Sistemul endocrino-vegetativ şi semnificaţia sa pentru neurologie.*
2. *Maladiile nervoase ereditare, mai cu seamă în ceiace priveşte geneza lor.*
3. *Probleme relative la avitaminose mai ales în raport cu sistemul nervos perifeeric.*

La a II-a chestiune pusă la ordinea zilei: Maladiile nervoase hereditare, d. Prof. Dr. *N. Ionescu-Siseşti,* dela Facultatea de Medicină din Bucureşti va prezenta un raport intitulat: Afecţiunile extra-piramidale. Degenerarea hepato-lenticulară. Chorea lui Huntington. Miopatiile Atrofiile nucleare.

Ori ce neurolog, neurochirurg, psihiatru, orice medic, care se interesează de neurologie poate deveni membru activ al Congresului. Persoanele care doresc să se înscrie ca membrii activi se vor adresa: 1) fie Comitetului Naţional însărcinat de a examina cererea lor (pentru România se va trimite la Clinica Neurologică din Bucureşti); 2) fie direct secretarului general al Congresului d. dr. *Knud. H. Krabbe,* Kommunehospitalet, Copenhague, K.

Primatul etnicului românesc în profesiunea medicală

I. P. S. Sa Patriarhul României, în discursul său de Anul Nou, ţinut în calitate de prim-ministru, în faţa M. Sale Regelui, a spus, între altele, asupra primatului etnic românsc:

«Ideea naţională a fost şi rămâne şi pe viitor, steaua călăuzitoare a Guvernului Majestăţii Sale în toate acţiunile activităţii sale, căci nu se mai poate admite în România situaţia nedreptăţilor din trecut, ca de pildă să avem peste 4600 de medici neromâni, faţă de 4200 medici români etnici. Asemenea paradoxe mai există pe multe alte terenuri, încât primatul etnicului românesc este prima poruncă a vieţii noastre de stat, a demnităţii naţionale şi a dreptăţii autohtonilor, cari au creat România».

Deschiderea ambulatoriului spitalului Academiei române, fondat de familia Elias

Academia Română aduce la cunoştinţă că fundaţia Elias va deschide ambulatoriul (consultaţiunile) spitalul familiei Menachem H. Elias în ziua de 9 Ianuarie a. c. Nu vor funcţiona pentru un moment decât consultaţiunile pentru bolnavii din oraş, rămânând ca spitalul şi sanatoriul propriu zis să intre în funcţiune ulterior odată cu inaugurarea spitalului.

La ambulatoriu se vor da următoarele consultaţiuni:

a) *Boli interne,* de către d-nii d-rii Sergiu Stoicescu şi Gheorghe Comsa. în fiecare zi dela 10½ — 12½, afară de Duminecă şi sărbătorile mari.

b) *Chirurgie,* de către d-nii d-ri Făgărăşanu şi Almăşanu, zilnic dela ora 8½ — 11.

c) *Bolile aparatului digestiv,* de către d. agregat dr. Simici.

d) *Reumatism, boli de inimă, artere şi vine* de către d-nii prof. D. Danielopolu şi docent dr. C. Dimitriu.

Se va deschide în acelaş timp *Serviciul de hidro-electro-mecanoterapie,* unde se vor îngriji atât bolnavii cari vin la consultaţii, cât şi bolnavii trimişi de medicii din oraş.

In serviciul de hidro-electro mecanoterapie se îngrijesc: afecţiuni reumatice cronice de orice natură, nevralgii şi nevrite, lumbago şi diferite afecţiuni musculare reumatismale, leziuni articulare şi osoase, sequele provenite din accidente şi orice altă afecţiune cronică a aparatului locomotor şi a nervilor periferici. In afară de acestea se dă îngrijire boalelor aparatului circulator, respirator, nevos digestiv, genital şi boalelor de nutriţie, cari vor beneficia de tratamentul hidro-electric sau mecano-terapic.

Noui directori ai Ministerului Sănătăţii

Pe ziua de 1 Ianuarie 1939, s'au numit următorii directori la ministerul sănătăţii.

D. dr. *Gh. Andriescu*, directorul medicinei curative.

D. dr. *Cantemir Anghelescu*, directorul igienei sociale.

D. dr. *N. Diaconescu*, directorul depozitului central de materiale.

D. dr. *C. Gheorghiu*, directorul oficiului de studii.

D. dr. *N. Ignătescu*, directorul bunurilor.

D. dr. *Hoisescu*, subdirector al igienei sociale.

D. dr *Banu*, subdirectorul medicinei curative.

Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţii

Se face următoarea mişcare în corpul medical din servicii dependinte de ministerul sănătăţii şi asistenţii sociale.

D. dr. *Georgescu Manole*, actual medic definitiv al circ. Spineni jud. Olt se transferă în aceiaşi calitate, în postul de medic al oraşului Slatina.

D. dr. *Holerga Emil*, actual medic stagiar al circ. Căpuşul Mare judeţul Cic, se transferă în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. Cincul jud. Făgăraş.

D. dr *Roiu Horia*, actual medic definitiv al circ. Ruginoasa jud. Baia se transferă în aceiaşi calitate în postul de medic al circ. Bucium jud. Iaşi.

D. dr. *Zub Zaharia*, actual medic definitiv la circ. Brodina jud. Rădăuţi se transferă în aceiaşi calitate în postul de medic al circ. Solca jud. Suceava;

D. dr. *Căiman Aurel*, actual medic definitiv al circ. Cornereva jud. Severin, se transferă în aceiaşi calitate în postul de medic al circ. Jamul Mare jud. Tomiş;

D-na dr. *Diaconescu Elisabeta*, actual medic stagiar al circ. Lupşa, jud. Turda, se transferă în aceiaşi calitate în postul de medic al circ. Erbiceni jud. Iaşi.

D. dr. *Hagi Gheorghe*, se numeşte în postul de şef de secţie cl. II-a (medic) la Inspectoratul general sanitar din Ţinutul Olt.

D-na dr. *Gaiginschi A.*, actual medic definitiv, şef al laboratorului de igienă «A. C. Papadopol» din Buzău, se transferă în aceiaşi calitate, în postul de asistent la laboratorul regional de bacteriologie din Iaşi, pe baza recomandaţiei făcute de Institutului de Igienă şi sănătate publică din Iaşi.

D. dr. *Baumgartner I.*, actual medic definitiv al circ. Sanislau jud. Sălaj, se transferă în interesul serviciului şi în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. Strunga jud. Roman.

D. dr. *Constantin Dumitrescu*, actual medic al circ. Voloca jud. Cernăuţi, se transferă disciplinar în aceiaşi calitate, la circ. Sanislau jud. Sălaj, pentru lipsă repetată şi nemotivată de la serviciu.

D-nii dr. *Răsmeriţă Eugen*, subdirector cl. I definitiv la Inspectoratul G-ral sanitar al Ţinutului Bucegi şi dr. *Virgil Mihăilescu*, medic subşef la serviciul sanitar la muncipiului Bucureşti, se transferă în interesul serviciului, unul în locul celuilalt.

D. dr. *Mateescu Emil*, şef de serviciu cl. I. definitiv la direcţia igienei sociale, se transferă în aceiaşi calitate şi în interesul serviciului sanitar al municipiului Bucureşti.

D. dr. *Mihălţeanu I.*, actual medic definitiv de circ. urbană la serviciul sanitar al munjcipiului Bucureşti, se numeşte în conformitate cu art. 540 din legea sanitară şi de ocrotire şi datelor din cazierul respectiv, în postul de şef de serviciu cl. I. Direcţia Igienei sociale, în locul d-lui dr. *Mateescu Emil*, trecut în alt post.

D. dr. *Constantin Tunaru*, se numeşte definitiv în postul de medic şef al laboratorului de igienă Constanţa, în baza art. 203 din legea sanitară şi de ocrotire, ca având 10 ani în învăţământul superior.

D. dr. *Bahov Ioan*, medic cu concurs în specialitate ,se numeşte în baza art. 203 din legea sanitară, în postul de medic bacteriolog la serv. sanitar dela Gurile Dunărei.

D. dr. *Vintici Victor*, se numeşte definitiv în postul de medic şef de consultaţiuni genito-urinare la dispensarul nr. 8 din Bucureşti.

D. dr. *Voiculescu Constantin*, actual medic definitiv al circ. I. C. Brătianu jud. Brăila, se transferă în aceiaşi calitate ca medic de circ. urbană la Serviciul sanitar al Municipiului Constanţa.

D. dr. *Dubovan Petre*, actual medic definitiv al circ. I. G. Duca (Vârciorova) jud. Mehedinţi, se transferă în aceiaşi calitate ca medic de circ. urbană în oraşul T.-Severin.

D. dr. *Cândescu Ştefan*, actual medic definitiv al circ. I. G. Duca jud. Constanţa, se transferă în aceiaşi calitate ca medic al oraşului Târgovişte.

D. dr. *Luscalu Gavril*, actual medic al spit cu circ. Cazacii Vechi jud. Cetatea-Albă.

D. dr. *Stănescu Mihail* actual medic definitiv al spit. cu circ. Bâra jud. Roman, se transferă în aceiaşi calitate ca medic al spit. Plăineşti din jud. R. Sărat.

D. dr. *Iva Pavel*, actual medic definitiv al circ. Vârfurile jud. Arad, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Sebiş jud. Arad.

D-ra dr. *Preuţescu Gabriela*, actual medic stagiar al circ. Popeşti jud. Iaşi, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Vlădeni jud. Iaşi.

D. dr. *Potlogeanu Victor*, actual medic definitiv al circ. Popeşti jud. Caliacra, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Brâncoveni jud. Ilfov.

D-ra dr. *Herman Ida*, actual medic stagiar al circ. Murgaş jud. Dolj, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Aninoasa jud. Muscel.

D. dr. *Hârjeu Clement*, actual medic stagiar al circ. Glăvie jud. Vâlcea se transferă în aceiaşi calitate la circ. Dragoslavele jud. Muscel.

D. dr. *Pop Liciniu*, actual medic stagiar al circ. Sărmaş jud. Mureş se transferă în aceiaşi calitate la circ Sângeorgiul de Pădure jud. Odorhei.

D. dr. *Axente Mihail*, actual medic definitiv al circ. Vintileanca jud. Buzău, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Valea Călugărească jud. Prahova.

D-na dr. *Belţer Ghenea*, actual medic definitiv al circ. Ghizdita jud. Soroca, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Stoicani jud. Soroca.

D. dr. *Constantinescu Lucreţiu*, actual medic definitiv al circ. Dorobanţu jud. Teleorman, se transferă în aceiaşi calitate, la circ. Piatra acelaş judeţ.

D. dr. *Geiculescu N.*, actual medic definitiv al circ. Oltina jud. Constanţa, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Jurilovca jud. Tulcea.

D. dr. Pop Cornel, actual medic stagiar al circ. Pietroasa jud. Bihor, se transferă în calitate la circ. Santău jud. Sălaj.

D-na dr. Spoleanscki Soşov Maria, actual medic definitiv al circ. Bazaurt jud. Caliacra, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Căinari jud. Tighina.

D. dr. Naftulis S., medic definitiv al spit. cu circ. Valea Rea jud. Bacău, se transferă disciplinar la circ. Bazaurt jud. Calaicra.

D. dr. *Lazarev Zelman*, medic definitiv al circ. Oneşti jud. Bacău, se transferă disciplinar la circ. Hodorăuţi jud. Hotin.

D-na dr. *Maria Mironescu*, medic definitiv la circ. Oarja jud. Argeş, se transferă disciplinar la circ. Satul Nou jud. Ismail.

D. dr. *Harnic David*, actual medic definitiv al spit. cu circ. Ortachioi jud. Tulcea, se lasă în disponibilitate pentru dezinteresare complectă în serviciu şi rea voinţă în luarea măsurilor de combatere a epidemiei de scarlatină.

D. dr. *Coifman David*, actual medic definitiv al circ. Ciuculea jud. Bălţi, se transferă în aceiaşi calitate la circ. Băbebi-Bistriţa acelaş judeţ.

Les préparations des Laboratoires CLIN

SALICYLATE DE SOUDE-CLIN

Sel cristallisé blanc d'une pureté chimique absolue, exempt de phénoles et d'acides libres

USAGES GÉNÉRAUX:

Acidité et parfaite tolérance gastrique.

Dosage rigoureux; excipient adéquat et de goût agréable favorisant la difusion du principe actif.

USAGES LOCAUX:

Solution de Salicylate de Soude CLIN dosée à 2 gr. par cuillérée à soupe: Rhumatisme articulaire aigü et ses complications, Maladies infectieuses, Sciatique.

AMPOULES DE SALICYLATE DE SOUDE CLIN

(solution à 5% à 10% glucosé)

Formule du Dr. René Benard

Rhumatisme articulaire aigü Encéphalite

à 20%, 30%, 40%

pour médication sclérosante

(varices)

Laboratoires CLIN 20 rue des Fossés St. Jacques Paris V.

Représentant Général pour la Roumanie:

GEORGES VERGLAS Str. Precupeţii Vechi 1. — Bucarest.

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acţiune analgetică, rapidă
Scurtează timpul boalei

Cistite
Pielite
Prostatite

Forme de prezentare:
Tuburi cu 12 dragele
Flacoane cu 25 dragele

C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III., Str. G-ral Er. Grigorescu 6

NOTE TERAPEUTICE

Ce-Ferro în anemiile infantile

de Dr. Elmar Türk, asistent
(Din Clinica universitară de pediatrie din Viena, Director: Prof. Dr. F. Hamburger)
Referat din: Medizinische Klinik, 1938 Nr. 23

Frecvența anemiei printre copii, chiar de la primul an al vieții lor, a hotărît pe mulți pediatri să cerceteze care ar fi preparatul cel mai eficace, cel mai bine suportat și cel mai ușor de luat. Studii de zeci de ani de zile ne-au dat posibilitatea de a cunoaște multe preparate, cu efecte mai mult sau mai puțin favorabile De remarcat este faptul că majoritatea anemiilor infantile reacționează la un tratament feros, când preparatul respectiv este ușor de asimilat și de rezorbit.

Aceste condițiuni esențiale de asimilație și rezorbție ușoară se întâlnesc din nefericire rar la preparatele clasice de fer. Derivații anorganici de fer sunt în general de o eficacitate redusă, iar Ferrum reductum este, după experiențele noastre, numai în doze mari eficace și numai în cazurile cu o aciditate stomacală normală. Tot astfel se petrece și cu Ferrum carb. sacch. In ultimii ani am întrebuințat aceste 2 preparate având acolo succese mai vădite unde tratamentul s'a putut prelungi pe timp de mai multe luni. Cercetările lui Starkenstein au pus în evidență importanța ferului în stare lichidă, condiție la care corespunde preparatul fabricei Promonta care este o combinație favorabilă a acidului ascorbic cu clorura de fer.

Este aproape un an de zile de când am urmărit în diverse cazuri de anemie efectele preparatului «*Ce-Ferro*» (mai înainte Ceferron) al casei Nordmark din Hamburg și rezultatele satisfăcătoare obținute cu el, ne îndreptățesc a da publicității aceste rânduri.

Ce-Ferro-Nordmark este un preparat de vitamină C și săruri feroase, stabilizate cu cisteină, care prin natura sa reductorie împiedică oxidarea ferului în stomac cât și în intestinul subțire, acolo unde are loc rezorbția acestui preparat. *Ce-Ferro* conține în 1cmc. = 20 picături 4,4 mg. fer și 2 mg. vitamină C, iar sub forma de pilule are 22 mg. fer și 3 mg. vitamină C de fiecare pilulă. Fiolele de injectat conțin: 2 mg. fer și 1 mg. vitamină C pe 1 cmc.

In încercările noastre am folosit în majoritate siropul *Ce-Ferro*, fiind forma sub care se poate administra mai ușor copiilor. Numai la copii mai mari am prescris pilule și într'un singur caz am făcut injecții intravenoase de *Ce-Ferro*. Am tratat copii de diferite vârste, în majoritate tuberculoși activi, a căror anemie după un tratament cu Ferr. carb. sacch, și Ferrum reductum nu prezenta nici o ameliorare; chiar și sugaci în primele luni.

Toleranța preparatului a fost în general bună. Copii mai mari primeau preparatul administrat înainte, în timpul sau după prânz, amestecat cu: lapte. Gustul e bun, mai ales în amestecul de mai sus și numai rar s'a plâns vr'un copil de dureri în stomac sau regurgitări. Numai la un copil cu leucemie gravă am observat intoleranță accentuată, care însă se manifesta și față de alte preparate. De câteva ori am fost siliți să întrerupem medicațiunea pentru 2—4 zile din cauză de perdere de apetit, sau la sugaci din cauză de scaune prea mu coase. Dar aceste deranjuri intesti nale sunt repede îndepărtate prin suspendarea medicamentului sau prin micșorarea dozei lui. In schimb ameliorările sunt foarte apreciabile, obținând chiar la sugaci creșterea hemoglobinei dela 35 la 60% înt interval de 10 zile.

Dozarea. — Expermientările noastre ne-au condus la următoarele norme de dozare a preparatului *Ce-Ferro:* pentru sugaci, după vârsta și gradul de anemie: de 3—4 ori pe zi câte 10—30 picături, administrând cantitatea mai mare acelora care prezintă vomitări (cenușii) și deci o pierdere a medicamentului. La copii premături este bine a se administra în mod profilactic de 2—3 ori pe zi câte 5—10 picături, împiedecând astfel scăderea indicelui Sahli sub 80.

Pentru pilule ar fi: de 3 ori pe zi câte 2—3 pilule. Asupra dozării injecțiilor nu puem stabili nimic precis, deoarece noi le am folosit numai la un copil de 14 ani cu anemie leucemică, fără a avea simptome secundare. Prima și a 2-a injecție de câte 1 cmc. au produs o senzație de rece, apoi de cald cu greață slabă, a 3-a injecție a produs numai senzație de căldură, deși doza era dublă. Se recomandă a injecta încet, mai ales prima injecție (în 5 minute). De asemenea combinarea recomandată de Heilmeyer a tratamentului i. v. cu acel peroral am găsit'o eficace.

Influența asupra dinților.— Pe când tratamentul cu celelalte preparate feroase nu s'a observat în nici un caz o influență particulară asupra dinților, în medicația cu *Ce-Ferro* am observat o colorație închisă a dinților. Chiar la 2—3 săptămâni de la începutul terapiei apar depozite liniare albastre cenușii, mai accentuate spre gingii, tot astfel cum le descrie și Stolleis la preparatul *Ferro 66*. Făcând comparativ medicații feroase cu alte preparate de fier am ajuns la concluzia că acidul ascorbic — componentul preparatului *Ce-Ferro* — este cauza acestei colorări a dinților, care constă din depuneri fine de fer (reacția albastrului de Berlin pozitivă).

Rezumatul cazurilor experimentate. — Am tratat în total 30 de cazuri constatând din diverse forme de anemie: postinfecțioasă, hemoragică, naștere precoce etc. In general s'a urmărit variațiile hemoglobinei, iar la unele cazuri am controlat deasemenea eritrocitele și reticulocitele. Am observat că reticulocitele continuau să crească în număr după creșterea eritrocitelor și a hemoglobinei, așa că ne-am putut servi de variațiile lor spre a măsura acțiunea preparatului asupra regenerării sângelui.

La copii tuberculoși, care fuseseră tratați anterior cu alte preparate de fer și care nu dăduseră decât rezultate foarte slabe sau de loc, am putut constat o creștere rapidă a procentului de hemoglobină în urma administrării preparatului *Ce-Ferro*. De asemenea merită atenție cazul de anemie la un sugaci de 10 luni la care după 10 zile de tratament (de 3 ori pe zi câte 22 mgr. fer) indicele de hemoglobină s'a ridicat dela 30 la 60%. Afară de acest caz excepțional, am obținut după 4-6-8 săptămâni de tratament o creștere a hemoglobinei de la 15 la 40.

In concluzie putem spune că preparatul «*Ce-Ferro*» a casei Nordmark întrunește în sine propietățile principale ale unui medicament de fer ideal, adică: forma de ioni fero, stabilitate, acțiune rapidă, ușor de administrat și bine tolerat. S'a dovedit a fi superior celorlalte preparate similare întrebuințate anterior. Influența lui asupra dinților dispare cu încetarea terapiei și este de natură cu totul inofensivă.

NOTIȚE TERAPEUTICE

Tratamentul de electie al durerilor şi contracturilor, în reumatismele acute şi cronice precum şi în unele nevralgii*)

de

R. J. Weisenbach
(Medic al Spitalului St. Louis Paris)

Louis Perles
(Şeful laboratorului Spit. St. Louis-Paris)

F. Francon
(Medic al Spitaluluiui Regina Hortense Aix les Bains)

După un an de experimentări, autorii îşi permit, cu deplină facultate critică, să comunice concluziile la cari au ajuns asupra tratamentului nevralgiilor şi reumatismelor prin Histamină, injectată pe cale intradermică.

Histamina a intrat în terapeutica reumatismelor, în urma lucrărilor lui Deutsch.

Ionizările preconizate de Deutsch, Jacchia, Burckardt, Delherm, Gajdos etc. s'au dovedit prea complicate, trebuind să fie făcute de un electroterapeut.

Injecţiunile profunde periarticulare, sunt prea dureroase şi pot da uneori şocuri cu o cădere bruscă a tensiunei arteriale. Autorii au experimentat deci *injecţiunile intradermice*, servindu-se de o soluţie de biclorhidrat de histamină, 0,5 mgr. pe 1 cc.; aceasta de altfel constitue doza medie de injectat, pe traectul dureros sau pe regiunea contracturată, prin 40—50 înţepături intradermice făcute repede. In modul acesta injecţiile sunt foarte bine suportate şi nu obosesc bolnavul.

Primele trei sau patru şedinţe de injecţiuni, se fac zilnic, apoi după rezultatele obţinute şi reacţiunea bolnavului, la două sau trei zile. In ori ce caz se va face injecţia următoare, înainte de reapariţia durerii. Numărul şedinţelor variază după caz.

Tratamentul determină trei feluri de acţiuni:

1. Reacţiune locală
2. Reacţiune generală
3. Acţiune asupra durerii.

Reacţiunea locală este de tip urticarian: roşeaţă locală, areolă roşie de 3—7 centimetri, papulă urticariană edematoasă.

Reacţiunea generală este minimă: bufeuri de căldură, roşeala feţii şi cefalee extrem de uşoară, reducându-se uneori la o simplă senzaţie de strânsoare a tâmplelor. Aceste fenomene dispar însă foarte repede, după două până la douăzeci de minute.

Acţiunea asupra durerii este imediată. In general aceasta dispare în două până la trei minute, în timp ce bolnavul simte local, mâncărime şi căldură. Câte odată dispariţia durerii este definitivă chiar după prima injecţie, câte odată însă reapare progresiv după 6—18 ore; injecţia următoare va distanţa şi mai mult reapariţia durerii scăzută şi în intensitate. Pare că efectul injecţiilor este cumulativ şi odată cu durerea, dispar şi contractura şi impotenţa funcţională.

Autorii insistă asupra faptului că această metodă este foarte uşoară şi practică, tratamentul putând fi adaptat fiecărui caz în parte. Eficacitatea (85% succese) şi rapiditatea sa de acţiune, pun această terapeutică pe primul plan.

Indicaţiunile sunt foarte vaste.

Algii Reumatice de origină musculară.

Reumatisme musculare cronice. Artrite uscate Coxartrie.

Lipoartrită uscată a genunchiului, Lombartrie, cervicoartrie, etc.

Sechelele dureroase ale reumatismelor cronice infecţioase, după dispariţia puseului evolutiv.

Periartrite Scapulo-Humerale.

Algiile sechele de traumatisme. Artrite post traumatice, fracturi etc.

Nevralgii esenţiale. Sciatică, Plexite cervico brachiale etc.

Nevralgii secundare unui reumatism cronic. Sciatică consecutivă unui reumatism lombar, Nevrite cervico brachiale consecutive unui reumatism cervico dorsal.

Nevralgie depinzând de o periartrită scapulo humerală. Nevrită secundară amputării unui membru etc.

Autorii găsesc acest tratament contraindicat în reumatismele infecţioase acute sau subacute, reacţiunile congestive locale putând declanşa un puseu inflamatoriu.

In concluzie, R. J. Weissenbach, Louis Perles şi F. Françon, consideră această metodă, ca *tratamentul de electie al durerii* în afecţiunile notate mai sus, dată fiind eficacitatea sa marcată şi simplicitatea tehnicei sale; deasemeni sfătuesc să nu se facă nici o medicaţiune, mai înainte de a se fi încercat metoda de injectare intradermică a Histaminei.

*) *Bull. et memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (Şedinţa 1 Mai 1938) Journal des Praticiens (No. 42) 17 Oct. 1936. L'Hôpital (No. 415) Sept. 1936.*

HISTA BEYTOUT injectabliă

Fiole de 1 cc. titrate la 0,0005 gr. de Biclorhidrat de Histamină.

Indicaţiuni: Reumatisme cronice, musculare, articulare. Nevralgii. Zona. Alergii etc.

Posologie şi Modul de întrebuinţare. Injecţiuni *intradermice* zilnice, repartizate în 20 înţepături. Tratament de 2—20 zile.

HISTA LINIMENT

Fiole de 5 cc. titrate la 0,01 gr. de Biclorhidrat de Histamină.

Aceleaşi indicaţiuni ca pentru Hista Beytout.

Posologie şi Modul de întrebuinţare:

1. In fricţiuni locale prelungite, timp de 5 minute.
2. Se fac înţepături sau zgârieturi uşoare ale pielei, fricţionându-se apoi locul cu un tampon îmbibat de Hista Liniment.

Pentru ori ce cereri de eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic «Lutetia» S. A. R. — 103 str. Toamnei — Bucureşti III, Tel. 2.21.38.

Algii - Nevralgii - Odontalgii - Menstrualgii - Migrene - Gripe

NEALGYL

(Chloralopirină - Fenancetină - Cafeină - Hexametilenamină)

Comprimate: 1—2 la nevoe.

Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine - Stomatite - Arsuri - Vaginite

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.

Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.

Spălături vaginale: 1—2 linguri la irigator.

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă

NEOLIDES

(Generatoare de oxigen şi ozon).

Comprimate: desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1—2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

Metrite — Afecţiuni vaginale — Leucoree — Ulceraţiunile colului

OVUNEOL

Ovule pe bază de Neol. — Acid lactic şi glicerină.

Nu pătează.

1 ovulă seara la culcare.

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

SIROP { Copii mici: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate: { Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 1—3 în 24 ore.

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

BUCUREŞTI III — Strada Toamnei No. 103. Telefon 221/38.

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2, BUCUREŞTI

Anul XVII, No. 3 — 10 Lei Exemplarul — 1 Februarie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNEA SIBIIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază.
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Profesor Dr. N. HORTOLOMEI: *Drenajul cu torax închis — prin sonda Pezzer — în pleureziile purulente* 33

Dr. I. ŢEŢU: *Câteva consideraţiuni în legătură cu începutul tuberculozei laringelui şi depistarea ei.* 36

Dr. TH. MOISESCU, Dr. GH. ST. CONSTANTINESCU şi Intern M. VOICULESCU: *Afazie trecătoare în cursul unei pneumonii.* 38

Dr. MIRCEA N. CONSTANTINESCU: *Metoda Löhr în tratamentul plăgilor* 39

Dr. D. ZAMFIR: *Reacţiunile cutanate de origină digestivă şi reacţiunile digestive de origină cutanată* 41

Dr. DEM. ARICESCU: *Contribuţiuni la tratamentul dermatozelor pruriginoase* 44

CRONICI

Centenarul Psihiatriei Româneşti. Expunerea făcută la Societatea de Psihiatrie din Bucureşti de D-l Prof. Dr. P. Tomescu 45

REVISTA CĂRŢILOR

Afecţiunile intestinului gros de **Dr. Andrei Cârstea** prefaţat de Prof. Dr. G. Băltăceanu. 43

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Medicii numiţi în Consiliul Frontului renaşterei naţionale; Conducătorii Serviciului Social; Noul Consiliu de administraţie al Casei asigurărilor sociale; Noul Comitet al Societăţii de Urologie; «Medicina Infantilă»; A XI-a Conferinţă internaţională contra tuberculozei; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei. 47

O nouă lucrare a D-lui Dr. Gh. Banu: «L'Hygiène de la race»; Curs de microscopie, microfotografie, colorimetrie, etc.; Cursuri de Psihiatrie pentru internii şi externii Spitalelor din Bucureşti. 47

IN TOATE INFECŢIUNILE STREPTOCOCICE

Prontosil

Activ în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, anghină, septicemie, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diftерică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI

HORMONOTERAPIA MODERNA

HOGIVAL

Hormonul activ din foliculul matur.

Riguros titrat şi standardizat în Unit. şoareci (U. S.)

Tablete: 50, 100, 300 şi 1000 M. E. (U. S.)

Injecţii: 25, 100, 500 M. E. (U. S.) în soluţie apoasă; 1000, **10.000** şi **50.000** M. E. (U. S.) în soluţie oleoasă.

TRATAMENTUL ECONOMIC ŞI PRACTIC

Pentru cura rapidă de îngrăşare şi fortificare

BIROBIN

preparat organoterapic şi hematopoetic.

In comerţ: Flacoane cu 100 drageuri.

TRATAMENTUL HEMOROIZILOR

Nohaesa

POMADĂ ŞI SUPOSITORII
DUPĂ PROF. V. NOORDEN

NODOS HAEMOROIDALES SANAT

Inofensiv! Astrigent! Calmant! Desinfectant!

Specific prompt şi sigur pentru înlăturarea turburărilor climacterice

Menoktan

Conţine: Extract total de ovarii, Hormonul sexual femenin, theobromin, CALCIU salicilic, Albroman, papaverin hidrocloric.

In comerţ: Flacoane cu 50 drageuri.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

„LABORATORUL TION" Dr. OERIU

Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21

Telefon 4.59.70 - 4.69.53

In laringite Tbc., anghine, amigdalite și orice afecțiuni ale gâtului

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

Aethyl amidobenzoic 0,03; Fenacetin 0,08 thymol, menthol, ol. Eucalipt á á 0,015.

Doza: Adulți: 8 pastile pe zi, copii mai puțin după vârstă. Pastila se suge încet în gură până la terminare.

Tub orig. a 25 pastile.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg

Amine ale acidului izovalerianic.

De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.

Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

Laxativ și Purgativ

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.

Nu produc obișnuință.

Doza laxativă: 1 pastilă seara.

Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.

Cutii orig. a 80 drageuri.

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, luminal sin, Na. benzoic, etc.

Adulți: 3 — 4 linguri, copii 3—4 linguriță pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofostat de Ca. Extr. Kola, strichni, vin malaga.

Adulți 3 linguri, copii 2—3 linguriță pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăți, etc.

CEREBROL-Medicis.

[Calcium. Brom] Analgesină. Valeriană.

1/2 gr. brom pe linguriță.

Doza: 3 linguriță pe zi sau după caz, în puțină apă sacharată.

gusi agreabil.

CALCIUM BUCAL

PENTACALCINA Pudră

Ca. fosforic, silicic, fluorat, carbonic, magnezie carbonică, sach. lactis.

Adulți: 2—3 linguriță pe zi, copii sub 10 ani, jumătate doză.

GUȘE și BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.

Injecțiuni subcutane rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.

Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.

1 Fiolă la 2—3 zile.

Calcium injectabil

PENTACALCINA Fiole

Dipropanoil fosfogluconat de Ca.

Inj. intramusculare sau intravenoase.

Cutii orig. cu 5 fiole a 10 cc.

Repr. I. Zelțer — București Str. Profetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele de En-gros de medicamente.

Schering

Testoviron

Indicat. la:

Stări de surmenaj intelectual,
Diminuarea forţelor fizice,
Insomnie,
Neuroze cardiace şi gastro-intestinale,
Hipogenitalism şi scăderea potenţei sexuale,
Hipertrofie prostatică

Testoviron
este un propionat de Testosteron în soluţie uleioasă, cunoscut în prezent ca forma cea mai activă a hormonului sexual masculin

Preparat pur de hormon sexual masculin

Hormon cristalizat dozat exact în miligrame

SCHERING A.G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

In receptura zilnică
contra insomniei

se prescrie

somniferul universal

Phanodorm

După somn reconfortant, redeşteptare cu senzaţie de vioiciune.

»Bayer«
LEVERKUSEN

E. Merck
DARMSTADT

Ambalaj original:
Tub cu 10 tablete de 0,2 gr.

„ROMIGEFA" S. A. R. BUCUREŞTI I.
Str. Brezoianu No. 53. Tel.: 3.92.86
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor, 18

Dr. J. BINDER, BUCUREŞTI II
Str. Luigi Cazzavillan No. 34. Tel: 3.94.05

Anul XVII. No. 3 10 Lei Exemplarul 1 Februarie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Drenajul cu torax închis - prin sonda Pezzer - în pleureziile purulente

de Profesor Dr. N. HORTOLOMEI

Deşi în aparenţă chestiunea tratamentului pleureziilor purulente ale marei cavităţi pare simplă, publicaţiunile şi discuţiunile care au avut loc arată că nu există o doctrină bine precizată în această privinţă; şi astăzi încă sunt multe controverse. Se discută în deosebi, problema dacă printr'o terapeutică medicală numai, se pot vindeca aceste pleurezii sau dacă aceasta trebuie să fie socotită numai ca o pregătire a drenajului chirurgical. De asemeni se discută când este necesară o intervenţie chirurgicală, care este cea mai bună procedare technică: pleurotomie cu torax deschis sau cu torax închis?

Sunt unele pleurezii purulente care se vindecă printr'un tratament medical — puncţii simple, sau cu introducerea unor substanţe chimice ca optochinul, administrare de sulfanilamide; — de aci şi părerea multor medici de a încerca mai înainte, un tratament medical şi a nu se interveni decât în cazurile când acesta nu a dat rezultat. Această părere a prins în spiritul medicilor mai ales după rezultatele rele ce s'au obţinut cu pleurotomia în timpul gripei din anul 1918.

Dar a face din aceasta o regulă, este foarte primejdios, căci deşi sunt cazuri în care cu tratamentul medical s'au obţinut vindecări, amânarea lungă pe motivul că s'ar putea obţine o vindecare medicală, ori că sunt încă leziuni în parenchimul pulmonar subjacent în plină evoluţie şi persistenţa cu îndărătnicie într'un atare tratament nu face decât să agraveze situaţiunea şi să compromită urmările pleurotomiei. Dar pe lângă acestea, se mai poate întâmpla să urmeze o fistulă bronchopleurală — care agravează şi mai mult situaţia —, sau o scleroză cu îngroşare a pleurei, astfel că drept consecinţă a operaţiei să survină o fistulă.

Inainte, părerea unanim admisă, era că de îndată ce diagnosticul de pleurezie purulentă a fost pus, trebuie imediat operat şi făcut o pleurotomie largă; iar procedeele prin puncţie simplă, cu sifonaj, erau chiar condamnate, rămânând ca ele să fie întrebuinţate numai în cazuri rare — la copii — în pleureziile purulente pneumococice. S'a ajuns chiar să se facă pleurotomii largi cu rezecţia a 2—3 coaste, crezându-se că insuccesele erau datorite unei pleurotomii insuficiente.

In timpul epidemiei de gripă din 1918, atât în America cât şi în Europa, procedându-se astfel în tratamentul pleureziilor purulente, mortalitatea a ajuns considerabilă; după o statistică a lui *Netter* de 81%. Pe de altă parte, după aceste pleurotomii, urmau fistulizări durabile ce cereau intervenţiuni multiple pentru a fi vindecate. La copii *Zischinsky* a găsit o mortalitate de 96%, la acei de un an, ea descrescând până la 63% cu vârsta.

Totuşi nimeni nu a avut ideia că aceste două grave inconveniente erau datorite pneumotoraxului deschis care era mult timp întreţinut, cu toate că *Legendre* a atras încă din 1919 atenţiunea asupra faptului că după pleurotomie, bolnavii care se pierd sunt acei care fac asfixie, anoxemie. El aduce în sprijinul părerilor sale, o statistică care este demonstrativă: în 15 cazuri operate, în care exista numai o dispnee albă, toxică, intervenţia precoce a fost urmată de 15 vindecări; în 8 cazuri în care era o dispnee albastră, asfixică, la care erau şi leziuni pulmonare bilaterale, operaţia a fost în toate cazurile fatală. De aceia el a preconizat amânarea cu câteva zile a intervenţiei până ce leziunile pulmonare şi deci şi dispneea cianotică regresează. Totuşi această părere nu a fost ţinută în seamă.

Marea mortalitate însă, a produs o reacţiune chiar printre chirurgi şi întrebarea era când şi cum să se facă intervenţiunea. Americanii au numit o comisie formată din *Graham* şi *Bell* care să studieze cauzele mortalităţei. Ei au întreprins o serie de cercetări asupra fiziopatologiei pleurale şi asupra pneumotoraxului.

In primul rând, au răsturnat concepţia clasică a lui *Brauer* care explică asfixia prin aşa numitul «Pendelluft» adică pătrunderea aerului expirat din pulmonul sănătos în pulmonul colabat în momentul expiraţiei şi pătrunderea din acel colabat în acel sănătos în momentul inspiraţiei, prin aceasta neputându-se face oxigenarea din cauză că rezultă o supra-încărcare în Co 2. *Duval* era un partizan convins al acestei teorii şi în congresul internaţional de chirurgie de la Paris, din 1920, a combătut experienţele lui *Graham* care cum vom vedea, sunt concludente.

Acest autor a dovedit, în mod experimental că tot inconvenientul decurge din pneumotoraxul deschis. In momentul inspiraţiei, va intra o cantitate de aer prin plaga de pleurotomie şi o parte prin glotă. Cu cât pleurotomia va fi mai largă, cu atât va intra mai puţin aer prin glotă. Dacă am presupune că există un singur pulmon, atunci din cei 500 cc. ce pătrund în mod obişnuit în timpul inspiraţiei, dacă deschiderea pleurei este egală cu aceia a glotei, vor pătrunde 250 cc. prin glotă şi 250 cc. prin pleură; oxigenarea este insuficientă şi atunci va urma o amplificare a mişcărilor respiratorii ca să pătrundă 1000 cc. adică 500 cc. prin glotă atât cât sunt necesari. Dacă deschiderea pleurei este de 2, 3, 4 ori mai mare decât aceia a glotei, va trebui o amplificare până la 2000, 3000, 4000 cc. etc. Dacă începe însă oboseala muşchilor, atunci se va face compensarea prin mărirea numărului respiraţiilor pentru a face oxigenarea. Dar compensarea aceasta nu poate fi făcută multă vreme; consecutiv se stabileşte anoxemia şi cu ea, moartea prin asfixie.

Experienţele şi deducţiile lui *Graham* au fost confirmate şi verificate de către *Sauerbruch* în felul următor: la un animal cu pleura deschisă, a pus o canulă în trachee legată de un aparat de înscriere; era un moment când aerul nu pătrundea de loc prin canulă astfel că se înscria doar o linie dreaptă. Dacă se astupa o parte din breşa pleurală aerul începea să pătrundă şi prin canulă şi proporţional cu gradul de închidere, din ce în ce mai mult.

La congresul internaţional de chirurgie din Paris, din 1920, aceste concepţiuni au fost criticate mai ales de către *Duval*; unii aducând drept argument de combatere şi faptul că la soldaţii răniţi în războiu, cu pneumotorax larg deschis sau la acei la care se fac intervenţiuni pe pulmon, nu se constată această dispnee albastră, mortală. Dar se uită însă, că soldaţii — tineri, cu musculatură bună — puteau lupta o oră cât dura intervenţia, printr'o compensare cu amplificarea respiraţiei.

Dar tot la acest congres, concluziunile raportului lui *Tuffler* şi *Jansen*, concluziuni care cereau temporizarea

intervenţiei cu câteva zile, până se face o regresiune a leziunilor pulmonare subjacente până ce se face o oarecare stabilizare a mediastinului pentru a se evita deplasarea acestuia, torsiunea cordului, deplasarea şi compresiunea marelor vase, care aduce o micşorare a capacităţei pulmonului sănătos şi o turburare mare în circulaţia pulmonară, nu au fost admise de către toată lumea. De asemeni, experienţele lui *Graham* şi concluziunile raportului *Sauerbruch* care erau pentru drenajul cu torax închis, nu au fost luate în consideraţie. Cei mai mulţi chirurgi au rămas la concepţiunea clasică; se publicau statistici de unii şi de alţii în favoarea sau contra diferitelor metode de tratament, dar mai ales discuţiunile continuau asupra toraxului închis sau deschis, fără a se putea stabili vre o normă de conduită.

O nouă experienţă a lui *Graham* şi *Allen*, făcută în 1924, este demonstrativă în ce priveşte interdependenţa pleurală şi rolul pneumotoraxului deschis. Pe cadavre proaspete, aceşti autori au introdus în spaţiul al 6-lea intercostal, de ambele părţi, canule de aceiaşi mărime, legate cu un manometru şi un dispozitiv pentru insuflaţie. In hemitoraxul stâng au insuflat aer şi au constatat că la o presiune de 10 cc. apă, se notează în hemitoraxul drept o presiune de 8 cc. şi deviarea tracheei de partea dreaptă; mărind presiunea în hemitoraxul stâng, până la 54 cc. apă, mediastinul se deplasează într'atât, încât pulmonul drept se reduce la 1/3 din volumul său.

In sfârşit, o altă experienţă a lui *Graham*, complectează în mod evident pe aceia precedentă, dovedind că pleurele formează un sistem unic. Intinderea unei deschideri pleurale, când trece faza critică, provoacă moartea; dacă însă se fac mici dischideri, în ambele pleure, cari nu ajung zona critică, viaţa unui animal este posibilă câteva săptămâni. Experienţa a fost făcută pe pisică; de îndată ce însă deschiderea de o singură parte este largă, pisica moare.

Dar pneumotoraxul deschis are o acţiune nefastă şi asupra circulaţiei, nu numai prin deplasarea cordului şi compresiunea vaselor, ci şi prin faptul că în timpul respiraţiilor superficiale, pulmonul nu se destinde egal, ci rămân porţiuni în care sângele nu se oxigenează, astfel că o parte din sângele venos se întoarce în cordul stâng fără a fi arterializat *(Dautrebande şi Spehl)*. Aceasta măreşte anoxemia astfel că se creează un cerc vicios; anoxemia are drept consecinţă în scop de compensaţie, respiraţia frequentă şi superficială care o măreşte şi mai mult.

Pe de altă parte, când mediastinul nu este fix şi este uşor deplasabil, el este tras la fiecare inspiraţie în hemitoraxul sănătos; oscilaţiile acestea pendulare din timpul expiraţiei şi inspiraţiei fac ca umplerea şi golirea cavităţilor cardiace să se facă în mod defectuos. Aceste fenomene se exagerează mai mult când empiemul a fost de partea dreaptă; presiunea se exercită mai cu uşurinţă asupra pereţilor auricului drept care sunt mai subţiri, producând în deplasarea care se face şi o cudură a venei cave.

Din multiplele experienţe şi fapte descrise, am amintit pe cele câte va mai demonstrative care evidenţiază suficient că pneumotoraxul deschis — în anumite condiţiuni — în special când este datorit unei deschideri mari, este acel care reduce pătrunderea aerului prin glotă, iar când mediastinul nu este fixat, pulmonul sănătos fiind redus în capacitatea lui funcţională, se favorizează apariţia anoxemiei, care prin stabilirea cercului vicios mai sus citat — a sângelui amestecat — creşte, grăbind desnodământul fatal. Aceasta se produce mai cu seamă când există leziuni subjacente pulmonare.

Reiesă deci în mod evident că drenajul cu torax închis este cu mult superior, el evitând producerea pneumotoraxului dschis, cel puţin pentru faza critică.

Există totuşi partizani hotărâţi ai toraxului închis şi ai toraxului deschis; argumente în favoarea uneia sau alteia dintre metode sunt susţinute cu multă logică şi între susţinătorii lor nu există nici o conciliere. Medicii condamnă toraxul deschis şi se sprijină pe statisticele din 1918, care sunt foarte defavorabile. Chirurgii văd un mare inconvenient în fistulele care urmează. In orice caz, printre numeroasele argumente contra pneumotoraxului deschis rămâne valabil acel că provoacă un şoc mare mai ales la bolnavii debilitaţi şi intoxicaţi, părere aparţinând chiar şi acelor cari îl susţin.

De bună seamă că o deschidere mai largă a pleurei permite un control al cavităţei şi un drenaj mai bun, rămânând ca după aceia, pleurotomia largă să fie transformată într'un drenaj cu torax închis, atitudine la care s'a raliat mulţi chirurgi şi în special *Grégoire*.

Drenajul închis dintr'o dată, cu pleurotomie minimă, rămâne ca o metodă ce trebuie să se aplice la bolnavii intoxicaţi sau în etate, la cari starea pulmonului şi a cordului nu permite o deschidere largă a pleurei; critica care i s'a adus că nu ar asigura un drenaj suficient cade, căci după câteva zile — când starea generală s'a ameliorat — s'ar putea dacă drenajul nu este asigurat, să se facă o deschidere mai largă şi un control al cavităţei pleurale.

Cu toată argumentarea, pentru o metodă sau alta, nu s'a ajuns la o directivă unică şi pentru simplul motiv că avem în faţa fiecărui bolnav, cu pleurezie purulentă, o problemă destul de serioasă de rezolvat.

Mai intaiu, trebuie făcut un diagnostic cât mai precoce de pleurezie purulenta, chiar daca nu se intervine imediat, astiel că de indată ce apar semne clinice, chiar numai de probabilitate trebuie să facem puncţii multiple şi ori de câte ori este posibil, sub controlul radioscopic, care va indica topografia lichidului, starea pulmonului subjacent, deplasarea mediastinului şi a inimei, starea pleurei şi a pulmonului de partea opusă. Examenul radioscopic se va face din faţă şi din profil; el va arăta şi limită lichidului şi va permite o mai bună precizare a locului unde se va face puncţia exploratoare sau evacuatoare dacă se va crede util.

Lichidul extras prin puncţie va fi imediat examinat.

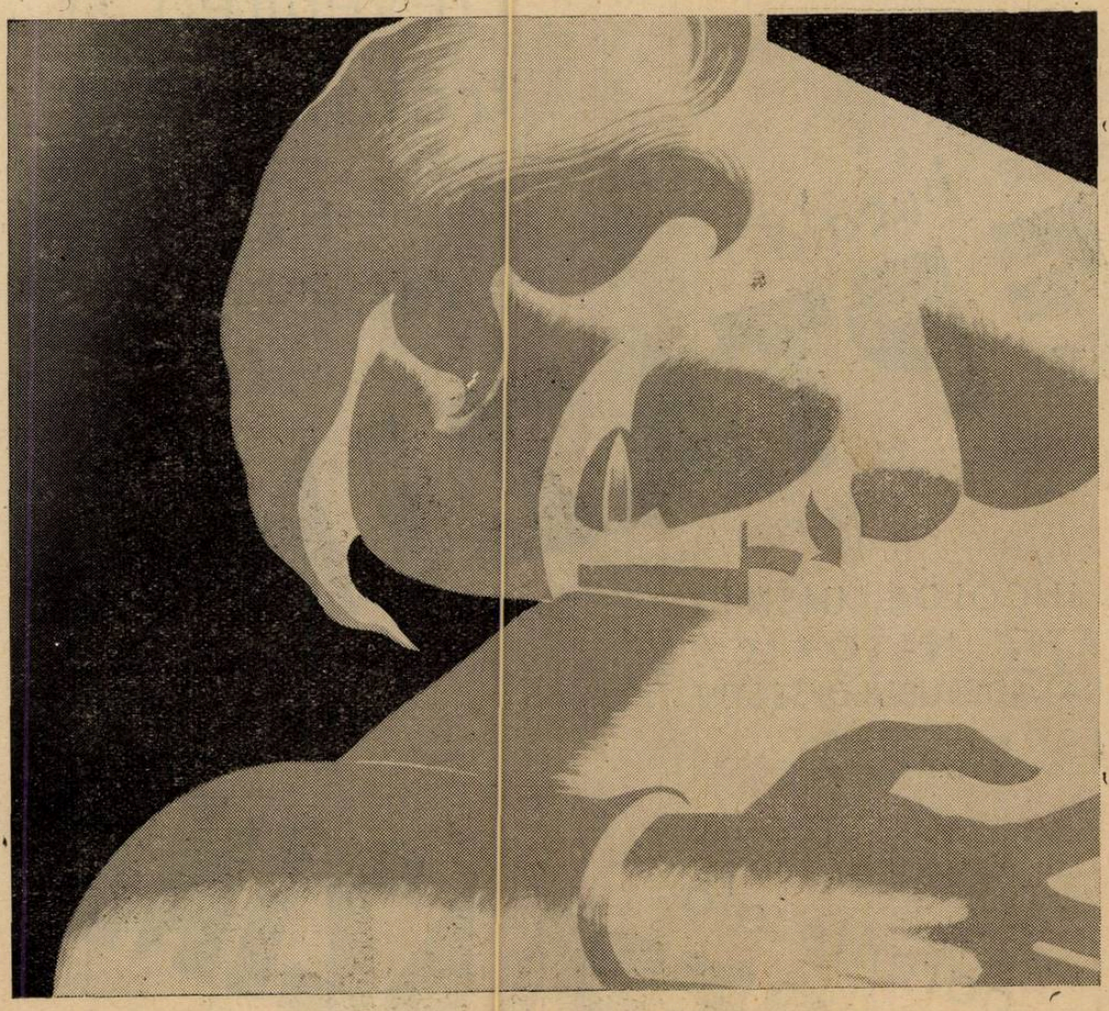
Odată ce avem informaţiile asupra tuturor acestor detalii importante, în judecata noastră asupra deciziei ce o vom lua, trebuie să avem în consideraţie: rezistenţa generală a bolnavului; aspectul puroiului şi natura agentului cauzal, adică varietatea pleurezieipurulente; starea pulmonului şi a inimei. Analiza minuţioasă a acestor trei factori va răspunde la cele două întrebări cari trebuie să ni le punem:

Trebue să operăm imediat bolnavul?

Şi dacă s'a luat hotărîrea de a se interveni, care este operaţiunea cea mai indicată?

Starea generală a bolnavului şi rezistenţa lui sunt adeseori foarte greu de apreciat; atâtea elemente neprevăzute există cari nu pot fi rezolvate decât prin experienţa şi intuiţia fiecăruia. Diabeticii, cardiacii, alcoolicii, suportă greu o pleurezie purulentă. Copiii şi cei cari au trecut de 50 ani dau o mortalitate mai mare. Indicaţia procedeului operator variază după experienţa chirurgului; o stare generală bună îi dă posibilitatea de a-şi alege o technică pe care el o va judeca mai bună. O stare generală alterată, cu o capacitate vitală redusă, impune o technică cât mai simplă: toraxul închis.

Judecarea aspectului puroiului, a naturei agentului cauzal şi a varietăţei pleureziei purulente, intervine de asemeni în alegerea momentului intervenţiei şi a tehnicei de urmat. Un puroiu subţire, fără false membrane, se drenează uşor, prin metoda toraxului închis. Când există un puroiu gros, o pleurezie cu false membrane, cloazonată, toraxul închis nu asigură un bun drenaj. El poate fi făcut însă până când starea bolnavului se ameliorează şi leziunile pulmonului subjacent intră în regresiune după care, sau cu mici lavaje cu soluţie Dackin reuşim să drenăm bine iar dacă nu, se va face secundar — şi deci în condiţiuni mai



Cardiazol «Knoll»

ca tonizant al aparatului circulator

la turburări ale circulației
consecutive infecțiilor,
stărilor de extenuare, etc.

Tablete Fiole Lichid

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen / Rin.

Eşantioane şi literatură prin:
«KNOLL» S.A.R.
Produse chimico - farmaceutice
Str. Atena 29, **Bucureşti III.**

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : 4 la 10 comprimate pro die

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid x-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : 10 la 20 cc. pro die

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

bune — o deschidere largă a pleurei, cu controlul digital și deschiderea tuturor pungilor purulente cu drenaj care ulterior poate fi transformat în drenaj închis.

Agentul cauzal dă și el bune indicațiuni; strepococul și stafilococul dau un puroi mai subțire, pneumococul produce false membrane, anaerobii pot da sfacele. In privința gravității și a pronosticului, se știe că pneumococul dă mortalitatea cea mai mică, stafilococul și streptococul una mai mare iar anaerobii sunt cei mai primejdioși. De aceia, de câte ori avem o pleurezie putridă, gangrenoasă, intervenția se impune de urgență fără a ne preocupa de starea pulmonului subjacent sau de aceia generală. De asemeni, când este vorba de un hemotorax infectat, numai golirea repede a cavității pleurale evită progresul intoxicațiunei. In aceste cazuri, asocierea seroterapiei antigangrenoase este foarte folositoare.

In pleureziile metapneumonice, dintre care unele se pot vindeca — la copii — prin puncție evacuatoare, putem temporiza intervenția. In pleureziile purulente gripale, avem mai întotdeauna și leziuni pulmonare concomitente, ca și în acele ce complică o maladie infecțioasă: rugeola, bronchopneumonia, etc. Statisticele arată că operațiunea practicată atunci când leziunile pulmonare sunt încă în plină evoluție, este gravă; în această fază, capacitatea vitală este redusă, avem dispnee și dacă mediastinul nu este stabilizat, o rezecție costală făcută chiar cu anestezie locală, prin pneumotoraxul deschis care-l provoacă, duce la o catastrofă. Astfel se explică mortalitatea mare din timpul epidemiilor de gripă. Starea pulmonului subjacent și a inimei, este un prim factor în aprecierea momentului intervenției. Cât încă sunt leziuni pulmonare în evoluție, după cum am văzut mai sus motivele, intervenția este gravă. Dacă există o pleurezie purulentă fără leziuni pulmonare, apreciabile clinic sau radioscopic, sau dacă pneumopatia a trecut, intervenția se poate face și în ce privește technica, se va lua în considerare aspectul puroiului și natura germenului cauzal.

Dacă există însă un focar în plină evoluție, mai bine este să temporizăm.

Concluziile trase din constatările făcute cu ocazia epidemiei de gripă din 1918 de către *Moschowitz* și *Renaud*, au fost adoptate de *Lecène* care preconizează «să se evacueze — drenând-o la moment oportun — nici prea curând, nici prea târziu, o colecție supurată, limitată la o parte, mai mult sau mai puțin întinsă a cavității pleurale».

Graham era de părere să se întârzie intervenția până când spirometria va arăta o revenire a capacității vitale la un nivel convenabil și dacă este nevoie să se facă între timp, puncție evacuatoare. Această amânare ar permite fenomenelor pulmonare, să retrocedeze în oarecare măsură și ar da timp aderențelor să se constituie stabilizând în oarecare măsură mediastinul. A preconizat deci operațiunea întârziată — numai de câteva zile — care a adus o mare ameliorare a statisticelor, scăzând procentul mortalității de la 40—50% la 5—12%.

Dificultatea mare este însă, de a ști întinderea leziunilor pulmonare și faza evolutivă în care se găsesc, chiar prin control radioscopic. Adeseori judecata situațiunei o putem face numai după analiza câtorva simptome: după starea cordului, după calitățile pulsului, a tensiunei, dar mai ales dispneea albastră, aceasta din urmă denotând un grad mare de anoxemie. Vom observa mai ales, cum după o simplă puncție evacuatoare, toate aceste elemente se modifică.

In așteptarea amendării leziunilor pulmonare, se vor face așadar puncții evacuatoare și se va combate dispneea.

Din cele ce am discutat mai sus, am văzut mai ales oportunitatea intervenției și momentul când ea trebuie să fie făcută.

In ceiace privește technica de adoptat, când sunt leziunile ale pulmonului subjacent, când starea generală este gravă, operațiunea cu torax închis este cea mai indicată și statisticele arată vindecări în proporție de 90—95%. Numărul zilelor de tratament se reduce în medie la 42 pe când în operațiunile cu torax deschis, vindecările în cele mai bune statistici, sunt numai într'o proporție de 70% iar numărul zilelor de tratament în medie, este de 71 *(Tournier, Grégoire)*. Din această cauză, pentru unii chirurgi, cum este *Grégoire*, drenajul cu torax închis își are indicațiunile în toate cazurile de pleurezii purulente.

Pentru mine, drenajul cu torax închis poate fi aplicat în toate cazurile și în momentul chiar când credem că există leziuni pulmonare concomitente. Traumatismul operator este minim iar pe de altă parte, avem posibilitatea de a goli puroiul treptat și nu dintr'odată evitând o destindere bruscă a pulmonului care cred că ar putea favoriza o diseminare cu extinderea leziunilor pulmonare. In cazurile grave, când am făcut drenaj cu torax închis, după câteva zile, când o regresiune a fenomenelor pulmonare a avut loc, când s'a restabilit într'o bună parte capacitatea vitală, când bolnavul a eșit din faza critică putem, dacă ni se pare că drenajul este insuficient, să recurgem la o pleurotomie de control. Aceasta însă nu mi s'a întâmplat nici odată.

Sunt multe technici pentru a face drenajul cu torax închis. Personal, înainte l'am făcut după tehnica lui *Juvara*, cu lambou, cu rezultate bune; dacă ideia este bună, operația este traumatizantă. Drenajul închis cu membrană de cauciuc, după technica lui *Grégoire*, este greu de a fi corect realizat.

Incă din 1936 am avut ideia de a face drenajul închis cu ajutorul unei sonde Pezzer, numărul 28, a cărei orificii le măresc. Sub anestezie locală, fac o rezecție de coastă la locul decliv, după care incizez pleura pe o disanță de 3 mm.; un asistent introduce repede sonda închisă la capătul distal cu o pensă de hemostază, cu ajutorul unui mandrin pentru a întinde ciuperca. Sonda pătrunde frecând; odată introdusă, se trage mandrinul astfel ca extremitatea sondei face oficiu de dop. Extremitatea exterioară a ei este prelungită prin ajutorul unui tub de sticlă, cu un tub de cauciuc într'un borcan umplut cu o soluție antiseptică. Când puroiul este subțire rămân numai la acest sifonaj; dacă însă el este gros și ne temem să nu astupe sonda Pezzer, atunci pun un tub de sticlă în Y în locul tubului simplu ca mai sus. Prelungirea în borcan este menținută în acelaș mod, dar prin a treia extremitate la care adaog un tub de cauciuc pensat pentru ca să nu intre aer, injectez din când în când cu ajutorul unei seringi Guyon, câțiva cc. soluție Dackin. După mine nu este nevoie de lavaje mari cari nu-și găsesc nici o justificare, ba sunt chiar periculoase. Când există lichid pleural în abundență, atunci se lasă să se scurgă 200—300 cc. după care se pensează tubul de cauciuc, pentru ca după 2—3 ore, manevra de mai sus să fie repetată astfel ca în 24 ore, empiemul pleural este complet evacuat, în mod treptat; odată cavitatea pleurală golită, se menține încă câteva zile drenajul închis, intermitent, după care el poate fi suprimat, rămânând astfel continuu.

In toamna anului 1936, într'un caz de pleurezie purulentă postgripală gravă cu streptococ, am aplicat prima dată acest procedeu cu rezultat admirabil. Bolnava a suportat intervenția și perioada postoperatorie foarte ușor și nu a resimțit deloc inconvenientele existente atunci când se face un drenaj cu torax deschis.

L'am mai aplicat încă în 8 cazuri, toate cu rezultate bune.

Drenajul este foarte practic; pansamentele nu se îmbibă de puroiu nu există traumatopneea și zgomotele caracteristice; bolnavul doarme liniștit, poate umbla cu el punând o pensă pe tub când îl scoate din borcan, pentru a evita pătrunderea aerului.

Un caz demonstrativ merită a fi cunoscut din acest punct de vedere:

Am fost chemat în consult de doi confrați, la un bolnav operat de pleurezie purulentă, la care unul dintre ei, chirurg, rezecase două coaste. Plaga

operatorie era larg deschisă, pulmonul redus în gutiera costovertebrală; se vedea în cavitatea pleurală pe care el o lumina cu un cistoscop, ştergând cu un tampon montat pe un stilet lung, orşice urmă de puroiu. Totuşi bolnavul febricita până la 40°, avea excitaţie continuă, era foarte agitat pulsul frequent dispnee.

Am explicat confraţilor că toate fenomenele sunt datorite pneumotoraxului deschis; bolnavul a fost transportat la un sanatoriu şi după sfaturile mele, plaga operatorie a fost cusută în massă prin câteva fire, transformând astfel drenajul deschis în unul închis, sifonaj după technica dată mai sus. Aerul din pleură a fost aspirat cu ajutorul unei seringi Guyon. In câteva zile totul a intrat în ordine; starea bolnavului s'a ameliorat şi după 3 săptămâni era complect vindecat.

Unul din asistenţii mei, D-rul *Cojan*, mi-a atras atenţiunea că în American Journal of Surgery, din Martie 1936, pag. 489, *Ralph Bettman* a publicat o lucrare asupra drenajului cu torax închis, în care el utilizează un Pezzer, pe care-l introduce cu ajutorul unui toracotom bivalv, mai complicat; despre această publicaţie n'am avut însă nici o cunoştinţă. Oricum ar fi, din experienţa personală pe care o am, acest sistem de drenaj închis cu Pezzer-ul este foarte simplu de realizat, la îndemâna oricui.

După 7—8 zile, cantitatea de puroiu care se scurge, se micşorează; drenajul se lasă 20—25 zile după care se poate pune un dren scurt cu un deget de cauciuc despicat, după technica lui *Delagenière*, care lasă să iasă puroiul, dar opreşte aerul să intre. Se face un control clinic şi radioscopic pentru a vedea dacă cavitatea a dispărut după care se suprimă tubul a 30—35-a zi; în câteva zile, fistula care rămâne se închide.

In tot timpul tratamentului este bine să punem bolnavul să facă exerciţii respiratorii, să umfle un balon de cauciuc, aceste mişcări ajută la destinderea pulmonului. Personal, nu am avut nici un caz care să necesite o intervenţie secundară.

Din cele expuse mai sus, rezultă că avantajele drenajului cu torax închis sunt foart mari. Se poate interveni în orşice timp şi nu se mai recurge deci la punctii evacuatoare de aşteptare, când starea generală este rea sau sunt leziuni pulmonare subjacente. El scurtează durata tratamentului mai ales când ajutăm destinderea pulmonului prin gimnastică respiratorie. Bolnavul suportă mult mai uşor acest drenaj, puroiul se scurge numai pe tub, pansamentele se schimbă rar iar mortalitatea este incomparabil mai mică.

Câteva consideraţiuni în legătură cu începutul tuberculozei laringelui şi depistarea ei

de Conferenţiar Dr. I. ŢEŢU

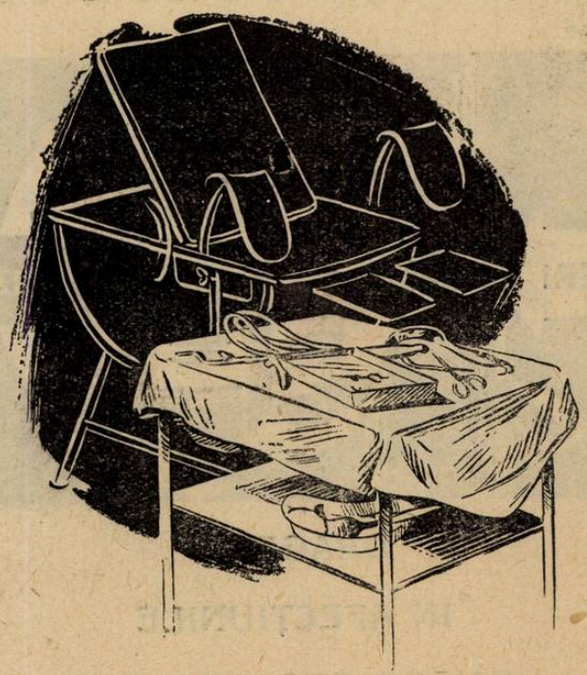
Căile respiratoare superioare, adică fosele nasale, cavumul nasofaringian şi laringele pot fi direct atinse de infecţia tuberculoasă, care are atâtea posibilităţi de a veni în contact direct cu mucoasa acestor organe în cursul actului respirator şi al deglutiţiei. Nimeni nu poate contesta că avem localizări tuberculoase primitive pe terenul rinolaringologic, cu punct de plecare exogen şi toţi aceea cari am urmărit problema infecţiei tuberculoase extrapulmonare am văzut leziuni primitive ale pituitarei, am putut găsi bacili, Koch în ţesutul amigdalei faringiene, palatine şi linguală, într'un cuvânt pe întreagă regiune a cercului limfatic Waldeyerian. Raritatea cazurilor se datoreşte — poate — şi faptului că formele aci prezente au o evoluţie lentă, cu răsunet local şi general mic sau aproape de loc şi descoperirea leziunilor incipiente se datoresc întâmplărei sau investigaţi ilor intenţionate întreprinse în acest scop.

Afară de calea exogenă mucoasa naso-faringiană se mai poate tuberculiza pe calea sanguină şi limfatică, mai ales în cursul granuliilor miliare, sau în faza iniţială a infecţiilor masive generale. In cazul ultimei eventualităţi se poate întâmpla ca leziunile faringo-laringiene să fie primele manifestaţiuni exteriorizate şi ele să ne atragă atenţia asurpa naturei infecţiunei.

Dacă posibilitatea infecţiunei primitive pe cale exogenă, sanguină sau limfatică a aparatului rinologic nu se poate tăgădui, trebue să recunoaştem că din punct de vedere practic infecţia pe cale secundară este care ne interesează şi care preocupă pe laringolog şi ftiziolog de o potrivă. Este explicabil că în jurul modului şi căii de inoculare a mucoasei au existat discuţii şi există, controversate unii *(Killian)* tăgăduind cu desăvârşire tuberculosa primitivă în laringe, alţii *(Fraudenthal)* considerându-o mult mai frecventă decât se crede. Când privim chestiunea numai din punct de vedere teoretic, este clar pentru toată lumea, că bacilul Koch din mediul ambuiant unde se găseşte în abundenţă, se poate inocula oriunde în organism şi deci şi în mucoasa rinofaringo-laringiană, în mod practic, tuberculoza aparatului respirator superior, este consecutivă celei pulmonare deci infecţia se face în mod secundar. *Kanony* pentru a evidenţia acest fapt, propune şi cu drept cuvânt să nu mai vorbim de laringita tuberculoasă ci de tuberculoză laringo-pulmonară, care cuprinde totalitatea leziunilor existente. Este bine să precizăm autorii admit două forme clinice ale infecţiei bacilare în acest teritoriu cari deşi au acelaş germen patogen, prin mersul şi evoluţia lor clinică diferă aşa de mult una de alta încât nimeni nu confundă laringita tuberculoasă propriu zisă cu lupusul laringian, fie că este izolat sau însoţit şi de leziuni cutanate. Prin urmare lupusul constitue un capitol aparte care nu interesează chestiunea noastră.

Infecţia secundară a mucoasei fonatorie se face prin sputa baciliferă pornită din caverne, bogată în bacili acido-rezistenţi şi cari scaldă în timpul expectoraţiei întregul aparat fonator. Unii autori susţin că răcelile repetate, guturaiurile efortul vocal, fumatul, abuzul de băuturi alcoolice, predispun la tuberculizarea mucoasei laringiene. Este firesc să fie aşa deoarece accesele repetate de inflamaţie a mucoasei slăbesc imunitatea locală, produc excoriaţiuni şi lipse de substanţe superficiale, cari servesc drept poartă de intrare a germenului patogen. Chiar şi mucoasa intactă, în spaţiul interaritenoidian prezintă o serie de încreţituri cu mici cuiburi, unde materialul bacilifer poate stagna timp mai îndelungat şi prin contactul intim cu mucoasa produce însămânţarea. Structurei istologice speciale se datoreşte faptul că această porţiune a aparatului fonator constitue sediul primei manifesări tuberculoase. Cutele mucoasei anfractuozităţile şi fundurile de sac favorizează tuberculizarea ţesutului laringian faţă de cel traheal unde ele sunt inexistente.

Este de netăgăduit — şi avem un număr însemnat de observaţii de această natură — că atât modificările anatomice, cât şi cele infecţioase ale aparatului rino-faringo-laringian, predispun pe tuberculosul pulmonar la complicaţii în aparatul fonator. Totuş suntem obligaţi să recunoaştem, că momentul propriu al instalării leziunilor bacilare în laringe este mai repede datorit exaltării virulenţii microbiene, provocate de cauze care slăbesc puterea de apărare a organismului. Tuberculoşii cu forme cronice, apiretice cu tendinţă de sclerozare, cu stare generală bună care pleacă dela ftiziolog cu cele mai sincere încurajeri, în urma unei stări gripale, unei indispoziţii de ordin gastro-intestinal, de multe ori în urma unei imprudeu-



Problema desinfecțiunii

este rezolvată

datorită preparatului

Zephirol

Acțiune desinfectantă intensă și curățire mecanică. Lipsă totală de efecte iritante. Miros agreabil.

Pentru desinfecția mâinilor și a instrumentelor, în ginecologie și obstetrică, pentru curățirea plăgilor și pentru curățirea suprafeței cutanate.

AMBALAJE ORIGINALE: Flac. de 150 și 1000 gr.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53. Tel.: 3.92.86 — Sucursala: Cluj, Calea Moților 18, Telefon 37.22

ULMARA „GAMMA„

CALMANTUL LOCAL

AL DURERILOR

BRONCHOSEPTOL

DRAGELE

IN AFECŢIUNILE

CĂILOR RESPIRATORII

Repr. generală pentru România: „S. I. F.“ S. A. R. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

te de ordin sportiv sau distractiv, se pomenesc cu mucoasa laringiană prinsă de pracesul morbid tuberculos. Stările agravante intercurente, le găsim, dacă le căutăm cu atenţie aproape la toate cazurile de laringită tuberculoasă, (sarcină, oboseală, etc.). Inceputul propriu zis al inoculării este anevoe să-l precizăm deoarece când apar semne funcţionale, modificările anatomo patologice sunt destul de înaintate şi de aceea orice tuberculos pulmonar trebue supus în mod periodic examenului laringoscopic, singurul în măsură să ne arate integritatea sau prinderea aparatului fonator. Toate formele anatomoclinice ale ftiziei pulmonare pot da naştere la complicaţiuni laringiene. Leziunea în mod obişnuit se face de aceeaş parte a plămânului bolnav. *Cadier* a atras atenţia în 1878 asupra localizării unilaterale a tuberculozii laringiene şi anume de partea plămânului bolnav, sub forma de cordite infiltrative simulând tumorile.

De curând am avut şi noi ocazia să observăm împreună cu d-rul *Blechman*, colegul nostru un caz analog, unde mai repede bănuiam evoluţia uneori tumori în hemilaringele stâng decât o tuberculoză care sa manifestat ulterior. Datele referitoare la tuberculizarea mucoasei aparatului fonator, diferă dela autor la autor: *Willugk* dă un procent de 13,8% şi *Schaeffer* un procent de 97%. Această diferenţă colosală se datoreşte subiectivităţii autorilor şi felului de a judeca natura leziunilor constatate. Dacă orice inflamaţie a mucoasei laringiene, orice hipersecreţiune, orice catar acut, sau cronic existând în aparatul fonator la un tuberculos îl considerăm ca o leziune bacilară, este natural să găsim procentul tuberculizărei extrem de ridicat mai ales în ultimă fază a boalei. Bineînţeles acest fel de a privi lucrurile nu este real şi cu alţi autori împreună, credem că procentul de 18-20% este cel care corespunde realităţii. Se întâlneşte mai des la bărbaţi ca la femei. Proporţia ar fi după *Brauch, Heinze* şi alţii de 2/3 la bărbaţi şi 1/3 la femei. Noi, credem că sexul nu constitue o predispoziţie pentru sau contra tuberculizării laringelui. Din observaţiunile ce am putut urmări, am găsit cam acelaş număr la bărbaţi şi la femei, mai ales că în timpul de urmă prin industrializarea vieţei şi modernizarea ei rău înţeleasă şi sexul slab face uz suficient de fumat, alcool, etc. care întreţin catarul faringo-laringian cronic, element predispozant în localizarea bacilului Koch în această regiune.

pe baza leziunilor anatomopatologice ce am constatat în cursul examenului laringoscopic. Laringologii au marele avantaj faţă de medicii internişti, că prin inspecţia directă sau, indirectă a aparatului fonator, pot vedea cu uşurinţă forma, întinderea, aspectul şi sediul exact al leziunei, pot urmări evoluţia lor până la cicatrizarea sau distrugerea ţesuturilor, coincidând cu moartea bolnavului.

O diviziune a diferitelor forme este greu de admis de oarece putem întâlni la acelaş bolnav gama întreagă a modificărilor anatomopatologice ca: *inflamaţia simplă, edem, infiltraţie, ulceraţie şi tumoare.* Totuşi, în general se admit, trei faze în evoluţia tuberculozei laringiene, care servesc în scop mai mult didactic: faza I-a sau cea catarală, faza II-a sau de certitudine şi faza 3 a numită de *Isamberl* carie şi necroză sau terminală.

In perioada primă, semnele locale sunt minime şi modificările anatomopatologice sunt numai la suprafaţă, încât înainte de afirmarea diagnosticului se ţine seamă de toate datele clinice, radiologice şi de laborator, pentru a nu eticheta un catar banal drept laringită tuberculoasă. Paloarea mucoasei palato-laringiene considerată de unii — şi poate cu drept cuvânt — ca semn patognomic, se observă şi în cursul şi după stările infecţioase, în anemiile esenţiale, sau postemoragice, la fel şi congestia şi hipersecreţiunea în regiunea glotei sau chiar a comisurei posterioare. Micile eroziuni pe suprafaţa corzilor vocale pot fi întâlnite şi în cursul laringitelor catarale banale. In cazurile dubioase să examinăm bolnavul în mai multe rânduri, să ne consultăm totdeauna cu ftiziologul şi numai după obţinerea certitudinei să considerăm complicaţia survenită de natură bacilară.

In faza a doua şi a treia variantele leziunilor anatomopatologice ne permite aproape cu certitudine afirmarea diagnosticului chiar de infecţiuni mixte. Uneori, cum am amintit mai sus, putem constata prezenţa infiltraţiunilor şi oedemului înainte ca să fi putut observa ceva la examenul clinic, radiografic şi de laborator. Negăsirea nici unei modificări clinice la un moment dat, nu însemnează, că n'au existat, de aceea se impune examenul repetat al bolnavului şi analizarea amănunţită a tuturor simptomelor.

Ivirea complicaţiunilor laringiene în cursul tub[illegible] pulmonare — fără îndoia[illegible] pronosticul boal[illegible] sombru.

gologului chemat să aplice tratamentul indicat.

Numai începe nici o discuţie că tratamentul tuberculozei laringopulmonare, constitue o problemă esenţială a terapiei antituberculozei şi ar necesita o discuţie cât mai amplă, în toate cercurile medicale. Pentru moment trebue să ştim că norma călăuzitoare în procedeele terapeutice se va inspira din noţiunea patogeniei care ne arată că laringita tuberculoasă este secundară şi face parte integrantă din infecţia bacilară pulmonară, încât şi tratamentul ei se va îngloba în tratamentul general. Conduita noastră va fi totdeauna în concordanţă cu datele referitoare la starea generală şi nu vom întreprinde nimic ce ar putea altera starea generală a bolnavului. Inainte de ori ce intervenţie locală, de orice tratament local, se va controla şi studia şi starea pulmonară, ca nu cumva prin răscoala ce poate provoca actul nostru să se agraveze boala iniţială şi să compromitem viaţa bolnavului. Numeroase statistici streine şi indigene, precum şi observaţii personale, ne-au arătat serii de cazuri vindecate şi astăzi nu trebue să dezarmăm în faţa complicaţiunilor laringiene ale ftiziei pulmonare şi să le considerăm pierdute. Laringologia modernă dispune de numeroase procedee terapeutice, asupra căreia nu este locul să insist acum, de unde vom alege pe cele adecvat cazului, ce ni se prezintă. Dacă rezultatele activităţii noastre nu se pot compara cu cele a autorilor streini mai ales elveţienilor, se datoreşte faptului că la noi asistenţa laringologică a ftiziei laringo-pulmonare, este aproape inexistentă. Puţinele dispensare şi sanatorii de tuberculoşi ce le avem cunt cu totul lipsite de ajutorul nostru al laringologilor. Nici chiar la sanatoriile din Bucureşti unde sunt nenumărate cazuri de, complicaţii ale laringelui, nu există un serviciu de laringologie, care să urmărească toate cazurile, să depisteze începutul boalei, să aplice tratamentul, să dea indicaţii referitoare la mersul leziunilor, de multe ori interesante şi pentru evoluţia pulmonară şi în cazurile grave, disperate, să uşureze situaţia acestor nenorociţi prin redarea posibilităţi de a înghiţi ca să nu moară de foame şi sete. Mi s'a întâmplat de multe ori să fiu vizitat la spitalul Filantropia, Colţea sau acasă de tuberculoşi laringo-pulmonari, cu laringele complect distrus, cu disfagie totală, în stare caşectică pronunţată, implorându-mă să le aplic cauterizări locale, să le tratez laringita, să le

şi epuizaţi în aşa grad că chiar simplu examen laringoscopic îi obosea peste măsură. De o intervenţie nici vorbă nu putea fi. Alteori vin bolnavii din sanatoriile din provincie, cu trenul şi ajunşi în Bucureşti abia mai au timp ca să ajungă într'o locuinţă sau cameră de gardă de spital ca să-şi termine calvarul vieţii.

Această stare de lucruri ne obligă, să cerem insistent o organizaţie cât mai complectă a asistenţei medicale a tuberculoşilor pulmonari din punct de vedere laringologic. Dispensarul antituberculos, spitalul şi sanatoriul pentru combaterea şi vindecarea tuberculozei, trebue să-şi aibă postul lor de laringologie permanent, condus de un laringolog bine pregătit şi înzestrat cu tot ce ştiinţa şi tehnica pune la dispoziţie pentru tratarea leziunilor bacilare din aparatul laringian. In felul acesta se poate depista din vreme apariţia leziunilor pe mucoasa organului vorbirii, putem pune bolnavul la regimul reclamat de starea lui laringiană, putem aplica tratamentul nimerit la timp şi în condiţiuni favorabile de vindecare şi oprim răspândirea infecţiunei, inevitabilă prin desele deplasări la serviciile Oto-rino-Laringologice din alte spitale.

AFAZIE TRECATOARE IN CURSUL UNEI PNEUMONII

de Dr. TH. MOISESCU, Medic Primar — Dr GH. ST. CONSTANTINESCU, Medic Secundar — şi M. VOICULESCU, Intern

Afazia drept complicaţie a unei pneumonii, se observă destul de rar în clinică. Citată de unii autori ca atare *(Mouisset)* sau împreună cu hemiplegii *(Wigal)*, deasemeni în mod excepţional. Observaţiunea ce publicăm atrage atenţia asupra posibilităţii unei astfel de complicaţii, în cursul unei pneumonii. Dacă în mod obişnuit explicaţiunea producerii afaziei în cursul pneumonii poate fi dificilă, cu atât mai mult în cazul nostru, dat fiind împrejurările în cari s'a produs. Vom da mai jos observaţiunea unui bolnav, care în cursul unei pneumonii şi în urma unei infecţii subcutanate de adrenalină, a prezentat simptome de afazie trecătoare. Vom încerca apoi pe cât posibil să axplicăm mecanismul acestei complicaţii.

Observaţia. — Bolnavul V. I. de ani 24, se internează în spital în ziua de 2 Aprilie 1938, pentru junghiu la baza hemitoracelui stâng, tuse, febră (39°), dispnee accentuată.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă, neagă afecţiunile nervoase, în familie.

Antecedente personale patologice deasemeni fără importanţă. Uzează moderat de alcool.

Din istoricul bolii rezultă că ar fi vorba de debutul unei pneumonii, ceeace se confirmă prin următorul examen clinic: *Aparat respirator:* dispnee, tuse cu expectoraţie caracteristică, matitate în hemitoracele stâng, începând de la vârful omoplatului. Submatitate în spaţiul interscapulo-vertebral drept şi stâng. Suflu tubar în regiunea matităţii.

Aparat cardio vascular: Vârful cordului în spaţiul V intercostal; nimic orificial. Tensiunea arterială M 7½ Mn 5. Pulsul 700 cmc în 24 ore, nor slab de albumină, glucoză absentă; uree sanguină 0,66‰ gr. la litru.

Sistemul nervos. Reflexe pupilare normale. Reflexe osteotendinoase uşor exagerate. Evoluţia normală a unei pneumonii până în ziua de 5 Aprilie a. c. ora 11, când pentru a evita un colaps cardiac, se injectează bolnavului ½ miligr. adrenalină subcutanat. După ½ oră de la injecţie acuză o încetare a vederii şi observă că nu mai poate vorbi. Plânge şi face semne cu mâinile voind să ne atragă atenţia că nu poate articula nici un cuvânt. I se dă un creion şi hârtie şi bolnavul scrie, arătând ce a simţit, încetarea vederii, că nu poate vorbi şi roagă să i se facă ceva spre a-şi reveni. E anxios, totuşi perfect lucid. Confirmă prin mimică şi gesturi că înţelege ceeace i se vorbeşte. Cercetând scrisul bolnavului se constată: un scris foarte puţin caligrafic, aproape ilisibil, cuvintele şi literele înghesuite una într'alta, deformate. Litera *d* se repetă în totdeauna în loc de *p*, însă bolnavul după ce se gândeşte câtva timp, o înlocueşte cu litera necesară, după ce citeşte cuvântul. Scrisul — câteva rânduri — a fost compus într'o jumătate oră cu vizibile eforturi din partea bolnavului. Ulterior după vindecare ne-a declarat că încetineala extremă cu care scria, ţinea de faptul că deşi era perfect conştient de ceeace voia să spună, reprezentarea grafică şi mai ales legătura dintre cuvinte îi era foarte dificilă.

Din punct de vedere obiectiv nu prezintă nici o deviere a trăsăturilor feţei. Mimica este păstrată; pus să fluere nu poate, însă ţugue buzele. Motilitatea feţei şi a gâtului păstrate, deasemeni a trunchiului şi a membrelor. Poate să facă orice mişcări; forţa [illegible] păstrată; egală la ambele [illegible] nu este deviată. Refle[illegible]re normal câteva cuvinte în şoaptă. Este întrebat dacă poate vorbi, răspunde *da*, însă nu poate pronunţa decât cuvintele monosilabe, ori foarte scurte, de ex: *da, nu, ora, apă*, etc. Cuvintele mai lungi şi cu consonante mai multe nu le pronunţă decât după mari eforturi şi atunci numai parţial şi defectuos.

7 Aprilie. — Ameliorarea continuă, poate pronunţa cuvinte mai multe, mai corect, însă numai după sforţări mari şi tot defectuos. Pauza dintre cuvinte e mare, bolnavul face impresia că le caută.

9 Aprilie. — Pneumonia îşi urmează cursul. Din punct de vedere nervos, bolnavul poate pronunţa toate cuvintele inteligibil, totuşi cu pauză între ele şi încă defectuos. Bolnavul se plânge că nu poate vorbi curent, ca atunci când era sănătos.

11 Aprilie. — Vorbeşte orice. Pus să pronunţe: *sunt telerist în regimentul 33 artilerie grea*, reuşeşte să vorbească inteligibil, însă cu vizibile sforţări şi cu pauze între cuvinte, prezentând încă dificultate pentru litera *r*.

17 Aprilie. Bolnavul părăseşte spitalul complet vindecat, vorbeşte uşor tărăgănat.

Din observaţia de mai sus reese că în cazul nostru a fost vorba de o afazie motrice subcorticală în cursul unei pneumonii. Zicem *în cursul unei pneumonii*, întrucât nu putem afirma cu certitudine că ar fi numai o complicaţie a acestei afecţiuni, dat fiind condiţiile în cari a survenit (în urma injecţiei cu adrenalină).

Aceste condiţiuni complexe îngreunează explicaţia faptelor. Dacă analizăm cauzele ce au putut produce sau contribui la afazie, ar trebui, în primul rând, să o punem în legătură cu injecţia de adrenalină. Nu credem că aceasta să fie exclusiv cauza acestei afazii.

Intrucât considerând după *Riser*, ştim că arterele cerebrale nu sunt sensibile la vaso constrictoarele obişnuite (adrenalina). O embolie plecată din plămân ar putea explica până la un oarecare grad această afazie. Prea scurta durată însă pledează contra unei leziuni organice produsă de un embolus; tot aşa cum pledează contra unei arterite toxice sau infecţioase.

Din observaţia bolnavului reese că atât în ziua în care s'a produs cât şi în zilele anterioare, tensiunea arterială era foarte scăzută, ceeace putem admite cu multă probabilitate că a produs o ischemie cerebrală. Dacă adăogăm la această stare efectele toxi-infecţioase ale afecţiunei primitive, putem admite că injecţia de adrenalină, care după cum am arătat mai sus, nu produce în mod fiziologic vasoconstricţiuni ale arterelor cerebrale, în cazul nostru această injecţie poate fi totus considerată drept cauză

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CARBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVIe

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

AUXO-BENZOTERAPIA PULMONARĂ

Benzocalcium

INDICAŢIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice

Infecţiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE, 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.

Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

„FARMAOLT" S. A. — BUCUREŞTI, B-dul BRĂTIANU 24, Tel. 4.98.08.

EUPHORYL

DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, Av^ue DAUMESNIL, P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS

ANA
PARIS

Hirudinase

(DRAGELEI)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare.

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris.

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORRE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA

Salicylate SURACTIVÉ "ANA"

SALICILAT DE SODIU în Combinaţie CALCO-MAGNESIANĂ TIOSULFATAT

32 gr. SALICILAT de SODIU SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
1/2 linguriţa de supa sau 20 de picături = 1 gr. Salicilat de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %.
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism — ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS. XIIe

Paul ILUTZA, 23, Strada OLARI — BUCUREŞTI, IV

METODA LÖHR IN TRATAMENTUL PLAGILOR *)

de Dr. Mircea N. CONSTANTINESCU

Tratamentul plăgilor cu vitamine s'a preconizat, în ultimul timp pe o scară foarte întinsă. Intrebuinţarea empirică s'a făcut de mult. Cu toţii ştim, că şi la noi, ca şi în alte părţi, se întrebuinţează ca tratament local, ceapa, sunătoarea, mierea, etc. In cursul războiului mondial, în iarna din 1916—1917, când nu se cunoştea prea bine chestiunea tratamentului cu vitamine, s'a observat evoluţia rea a plăgilor la scorbutici, şi brusca schimbare în bine a stării generale şi locale a răniţilor, odată cu ivirea primăverii şi cu producerea primelor zarzavaturi. In anul 1930, *Löhr* a întrebuinţat la Kiel untura de peşte (vitamina A şi D) în tratamentul osteo-mielitelor şi al plăgilor. După cum o recunoaşte şi *Löhr*, tratamentul acesta a fost întrebuinţat de popoarele nordice, din vechime; Laponii tratează curent cu untură de peşte, plăgile lor. *Löhr* împreună cu *Treusch* a făcut o serie de cercetări bacteriologice asupra unturii de peşte. Au constat că acest produs este steril au însămânţat în untura de peşte diverşi agenţi patogeni ca: stafilococul, streptococul şi colibacili; după scurt timp, microbii dispăreau. Klages a controlat plombele osoase cu unguentolan, după un timp lung dela aplicarea lor şi le-a găsit lipsite de microbi.

Untura de peşte conţine vitamina A şi D. Vitamina A este considerată ca o vitamină antiinfecţioasă şi cu rol de proteguire şi de refacere al epiteliului. *Kemler* zice că şi vitamina D ar avea mare importanţă în creşterea epiteliului. După unii autori, untura de peşte ar acţiona asupra plăgilor prin diversele sale componente, dar cele mai importante sunt acizii graşi şi vitaminele A şi D.

Când tratăm o plagă, ne punem problema unei vindecări grabnice şi recăpătarea integrală a funcţiunii membrului bolnav. Evoluţia plăgilor depinde de origina şi de localizarea lor. Plăgi cu aspect asemănător la inspecţie, pot avea evoluţie diferită după natura infecţiei. Infecţii neînsemnate după aspect dar cu microbi virulenţi, pot duce la moarte în foarte scurt timp, cu tabloul unei septicemii. Tratamentul unei plăgi depinde foarte mult de felul infecţiunii. Rezistenţa organismului la infecţie merge paralel cu vascularizaţia părţii bolnave din corp, pe de o parte, iar pe de altă parte depinde de ţesutul infectat. Când este o vascularizaţie mai bună, puterea de apărare a organismului este mai mare, de aici diferenţa în evoluţia şi tratamentul plăgilor membrului superior, care este mai bine irigat, în comparaţie cu membrul inferior. Ştim deasemenea că tendoanele, tecile tendinoase, oasele şi cartilajiile sunt foarte sensibile la infecţie. Tratamentul plăgilor diferă deci după felul ţesuturilor interesate.

Substanţele chimice şi influenţele fizice, ca uscarea şi căldura, au acţiune defavorabilă asupra cartilajiilor şi tendoanelor .

In ceeace priveşte drenajul, autorul îl recomandă în plăgile profunde şi neregulate. Intrebuinţează mai ales drenajul cu tub de cauciuc sau de sticlă, sau drenul-ţigaretă de cauciuc. Lasă drenajul până ce se linişteşte sângerarea. Intrebuinţează drenajul mai ales în decolări întinse, şi în plăgile cu suprafaţă mare .

In ceeace priveşte desinfectantele chimice, autorul spune că microbii pătrund aşa de repede în ţesuturi, încât nici un mijloc chimic nu poate să-i distrugă. Preferă soluţiile de Rivanol. Când aplică tratamentul cu untură de peşte, nu întrebuinţează iodul care slăbeşte acţiunea acestei substanţe.

Insistă asupra principiului lui *Bergmann*, ca să excizeze ţesuturile zdobite şi necrotice. Idealul ar fi ca după curăţirea mecanică, dacă bolnavul ni s'a prezentat înainte de 6 ore, să suturăm plaga imediat, dacă putem face aceasta în bune condiţiuni. Aplicarea acestei metode depinde de experienţa celui care face intervenţia. In orice caz după sutura unei plăgi, bolnavul trebueşte observat deaproape. Ca principiu imobilizează membrul bolnav, fie în gutiere, fie în aparate gipsate cu punţi *(Langenbeck)* sau aparate gipsate închise recomandate de v. *Bergmann* pentru prima oară, în războiul ruso-turc.

Orr în America a tratat plăgile în următorul fel: curăţire mecanică, îndepărtând ţesuturile necrozate şi suspecte, pansament cu oleu de vaselină, imobilizarea membrului bolnav în gips închis. Schimbă gipsul când miroase. *Löhr*, experimentând pe animale a ajuns la concluzia că prin tratamentul lui *Orr*, cu vaselină se întârzie vindecarea plăgii. *Löhr* a început să facă acest tratament în Kiel, în anul 1930. După sequestrotomie în osteo-mielite, a turnat în cavităţile supurate creiate, untură de peşte, aplica comprese şi apoi imobilizarea extremităţii, prin aparat gipsat fără fereastră. Pentru ca să nu curgă din plagă untura de peşte, a preparat o pomadă, care i-a dat numele de Unguetolan. Pentru a schematiza vom împărţi tratamentul plăgilor în trei stadii, cum o face *Saegesser:*

1) Stadiul plăgilor proaspete, în primele 6 ore după *Friederich.*

2) Stadiul intermediar sau stadiu de infecţie al plăgilor şi al reacţiei plăgilor.

3) Stadiul de granulaţie şi de epidermizare.

Intrebuinţează procedeul său în stadiul de granulaţie şi de epidermizare.

In stadiul al doilea, imobilizează totdeauna în gutiere, până ce infecţia se stinge, apoi aplică tratamentul cu gips fără fereastră şi vitamine.

In stadiu plăgilor proaspete, în primele 6 ore, face excizia sutura plăgei şi imobilizare, când după anamneza, nu este vorba de o infecţie prea însemnată.

In pierderile de substanţă întinse, când a fost nevoie de plastii, nu se poate aplica metoda decât secundar.

Nu se face imobilizare în gips închis, în primele 6 ore, când suturile sunt sub tensiune.

In lucrarea de faţă nu voi insista, decât asupra metodei *Löhr*, un studiu amănunţit şi pus la punct asupra tratamentului plăgilor, este făcut de maestrul meu, profesorul *Iacobovici*, la al 8-lea congres internaţional de chirurgie din 1937. Metoda *Löhr* dă membrului bolnav:

1) O imobilizarea absolută, nu relativă ca în metoda pansamentelor rari. Această imobilizare este foarte importantă în tratamentul infecţiilor.

2) Gipsul închis apără membrul de orice atingere sau lovitură dela exterior.

3) După aplicarea acestui tratament nu se produc infecţiuni secundare, nici supuraţiuni osoase, mai ales când nici supurţiuni osoase, mai ales când este vorba de plăgile mâinilor, chiar dacă aceste ţesuturi extrem de sensibile la infecţiuni sunt în fundul plăgei.

4) Se creiază o cameră caldă umedă prin care se poate face ventilarea cu uşurinţă. La aceasta se adaugă acţiunea unturei de peşte.

Aplică tratamentul când infecţia unei plăgi s'a localizat. Membrul inferior se pretează mai puţin la tratamentul lui *Löhr*, din cauza vascularizaţiei sale mai puţin abundentă decât aceia a membrului superior.

Intrebuinţează tratamentul cu gips şi vitamine, în supuraţiile osoase după sequestrotomie. Nu aplică acest tratament decât când infecţia acută a început să se stingă. Face totdeauna acest tratament în osteomielitele cronice.

Indică această metodă în ulcerele cronice ale gambei. Tratamentul cu gips şi untură de peşte întruneşte după cum o spune autorul toate princi-

*) *Lucrare din clinica II-a chirurgicală, Director Prof. Dr. I. Iacoboviei.*

piile fundamentale ale tratamentului plăgilor; pe de o parte imobilizarea complectă a membrului bolnav, deci și a plăgii iar pe de altă parte normalizarea secreției și crearea de condiții optime pentru regenerare prin acțiunea hipermică a gipsului închis, în felul cum o recomandă *Bier*. La aceste condiții se unește acțiunea comună a unturei de pește care are o acțiune demonstrată în regenerarea unei plăgi.

Ținând seama de principiile descrise mai sus, iată pe scurt cum procedează autorul:

După curățirea mecanică, a plăgei, întrebuințează ca desinfectant o soluție de Rivanol 1/4000; tinctura de iod o întrebuințează numai când nu-s în plagă țesuturi ca: tendoane, cartilajii, os, cari sunt sensibile la iod.

Plăgile produse pe câmp sau plăgile de stradă, le excizează cu îngrijire, dar nu le suturează, ci le acoperă cu comprese îmbibate cu Rivanol. Face imobilizare cu gutieră și internează acești bolnavi în clinică. Nu neglijează serul antitetanic și serul antigangrenos, când este nevoie. După câteva zile când plaga începe să granuleze, se aplică metoda *Löhr* ca și când n'ar fi fost infectată. O deosebită grijă trebuește dată la plăgile infectate cu agenți virulenți (plăgile măcelarilor, plăgile înțepate cu solz de pește, plăgile de bucătărie în genere, infecțiile anatomice, înțepături ale chirurgilor în operațiile sceptice). In aceste cazuri când s'a format un abces sau un proces flegmonos, se intervine chirurgical. Pentru a face profilaxie procedăm în felul următor: tinctura de iod pe plagă, imobilizare într'o gutieră și radioterapie. In plăgile proaspete cari nu-s supra-infectate, se face curățirea mecanică a plăgii, se aplică untura de pește sistematic și se imobilizează în gips. Untura de pește are proprietatea să imbibe și să elimine foarte repede țesuturile mortificate.

Autorul, a întrebuințat acest tratament mai ales la plăgile degetelor și ale mâinilor. Odată aplicat gipsul, se lasă pe loc timp de 8-14 zile. Sângerările și secrețiile secundare ale plăgilor trec prin gips și se usucă.

Indicațiuni pentru a ridica gipsul sunt durerile, febra, în scurt semnele unui proces infecțios. Autorul afirmă că dacă se aleg bine cazurile, mai ales când este vorba de plăgile mâinii, piciorului și degetelor, niciodată n'a avut infecțiuni secundare. A doua indicație este mirosul, care de multe ori este greu de suportat de bolnavi și de cei dimprejur. Când scoatem gipsul, cu tot mirosul greu, plaga se găsește în plină granulație. Niciodată plaga nu este uscată, ci umedă și acoperită de masse de puroiu. Se spală cu ser fiziologic. Niciodată nu ne atingem de granulații. In caz de osteo-mielită, sau plăgi întinse când secrețiile plăgilor sunt mari, pielea dimprejurul plăgilor se macerează și se exematizează; pentru a preveni aceste mici complicații se întrebuințează o pastă de zinc.

Cu acest tratament, bolnavii n'au dureri ,insomnii, lipsă de poftă de mâncare, febră. La 530 bolnavi, cu plăgi ale mâinilor și picioarelor, n'a avut flegmoane, infecții ale tecilor sinoviale și osteite.

In caz de pierderi de substanță ale degetelor, autorul nu aplică grefe de piele.

In sprijinul acestui tratament autorul aduce experiența lui *Bosse*, care a aplicat acest tratament pe scară întinsă. Este drept că acest tratament este potrivit în plăgile din timp de pace, unde putem urmări bolnavii, în clinică. Condițiile de tratament sunt altele în plăgile de răsboiu, unde metoda lui *Löhr* nu este aplicabilă după cum o afirmă *Stieda* în «Chirurgia de răsboiu tipărită sub direcția lui *Borchard* și *Schmieden*. *Bosse* continuă să trateze plăgile prin această metodă adăugând aplicațiile locale de Prontosil. Intr'o comunicare la congresul german de chirurgie, care s'a ținut la Dresda, la 4 Iunie 1938, arată rezultatele bune pe care le-a obținut Metoda lui *Löhr* am aplicat-o în clinica a doua chirurgicală și la Spitalul de Urgență în 20 cazuri.

Inspirat de lucrarea lui *Löhr* «Wundheilung», am aplicat tratamentul la un bolnav cu combustii întinse la tot spatele. Era vorba de un copil de 14 ani, care a venit în clinică și i s'au aplicat toate tratamentele moderne. Nu se putea obține cicatrizarea. După 5 luni i-am aplicat grefe Ollier Tiersch; mugurii invadau aceste grefe și nu le permitea să acopere pierderea de substanță. Am aplicat grefe încă de două ori, dar cu toată îngrijirea, n'am putut obține vindecarea.

I-am aplicat metoda *Löhr*, aplicându-i un corset gipsat și untură de pește și vindecarea s'a obținut cam în 3 săptămâni. Revăzând bolnavul, am constatat că pielea, la nivelul indicat mai sus este suplă și mobilă pe planurile profunde.

In al doilea și al treilea caz era vorba de o mamă și fiica sa. Au găsit pe câmp un focos: au căutat să-l demonteze; a urmat o explozie. Am constatat plăgi zdrobite întinse ale mâinilor și degetelor, la ambele bolnave. Am făcut curățirea mecanică a plăgilor și am aplicat tratamentul lui *Löhr*. Vindecarea s'a făcut surprinzător de repede. Pierderile de substanță s'au umplut cu piele, fără să fie nevoie de grefe.

In toate cazurile noastre n'am avut complicații septice secundare. Bolnavii nu mai aveau dureri, puteau să se odihnească, pofta de mâncare păstrată, iar starea generală era destul de bună.

Din experiența noastră putem spune că acest tratament are următoarele defecte:

Untura de pește are un miros particular, greu de suportat de unii bolnavi. Sunt însă unele preparate ca Unguentolan, Desitin, și altele cari n'au acest desavantaj. Mirosul, uneori destul de neplăcut, al gipsurilor cari sunt lăsate între 8—14 zile. Bolnavii cer cu insistență, înlocuirea lor, mai ales că văd că li se schimbă regulat pansamentele vecinilor de pat. Când este vorba de plăgile mâinilor, picioarelor, degetelor dela mâini și picioare, gipsurile n'au miros prea puternic, întrucât secrețiile plăgilor nu-s prea mari.

Löhr, după ce a tratat timp de 7 ani împreună cu alți chirurgi cam 50.000 plăgi, îngrijind bolnavi dintr'o industrie de cărbuni și fier, spune că aceste plăgi nu-s suprainfectate. A tratat mai ales plăgi ale mâinilor, picioarelor, degetelor dela mâini și picioare.

Tratamentul se bazează pe două principii: imobilizare și aplicare de vitamine. A obținut o vindecare și o regenerare rapidă a pierderilor de substanță, fără a fi nevoe de grefe sau plastii.

Autorul susține că chiar în plăgile infectate, prin imobilizare, infecția se localizează, și secundar a aplicat și vitamine. Chiar după infecțiuni și pierderi de substanță mari, când plaga începe să se regenereze, acest tratament scurtează timpul de epidermizare. Intrebuințează acest tratament în ulcerele cronice, în combustiuni, osteo-mielite, acute și cronice.

Pe lângă imobilizare, autorul recomandă și vitaminele, mai ales în stările de hipovitaminoze datorite dietelor de spital. In plăgile proaspete, înaintea de 6 ore, este recomandat ca dogmă, curățirea mecanică a plăgii. *Löhr* spune că, o curățire mecanică rea strică mai mult, decât folosește. Metoda nu este aplicabilă pentru plăgile de răsboiu și când sunt răniți mulți și nu putem urmări continuu, evoluția plăgilor și nici curățirea mecanică a plăgilor nu se poate face destul de conștiincios. Cu toate acestea, a fost întrebuințată de *Bosse*, în exploziile fabricilor, chiar când a avut răniți destul de mulți. Drenajul îl face cu plăgi de cauciuc, dar nu-l lasă prea mult timp.

In rezumat putem spune, că după experiența noastră în clinica a II-a Chirurgicală, metoda *Löhr* este aplicabilă și economicoasă. N'am avut niciodată infecțiuni secundare, iar vindecarea s'a făcut destul de repede, dacă am aplicat-o acolo unde sunt indicate cele două principii ale metodei: imobilizare și vitamine.

Reacţiunile cutanate de origină digestivă şi reacţiunile digestive de origină cutanată

de Dr. D. ZAMFIR
Şeful Serv. de boli interne
Spitalul Militar Central
«Regina Elisabeta»

O literatură foarte variată şi abundentă s'a ocupat în ultimii ani de relaţiunele strânse care unesc, sub raportul etio-patogenii, afecţiunile pielii şi ale tubului digestiv. S'au consacrat capitole speciale răsunetului pe care îl pot avea asupra tegumentelor, diferitele tulburări sau afecţiuni digestive, de natură alimentară, medicamentoasă sau toxi-infecţioasă.

Interesul problemei a crescut foarte mult prin apertul însemnat ce l'a adus în discuţie datele noi asupra fenomenelor de intoleranţă, anafilaxie, sensibilizaţie şi tulburări neurovegetative.

Mai puţin cunoscute şi mai puţin frecvente sunt tulburările digestive de origină cutanată, care merită să atragem atenţia asupra lor, în rândurile de mai jos.

* * *

S'a obişnuit a se atribui diferitelor dermatoze ca: eczema, pruritul, urticaria, o origină alimentară sau digestivă încât aceste afecţiuni în spiritul unui mare număr de medici, devin expresiune obligatorie a unei tulburări intestinale sau insuficienţe hepatice. S'a ajuns chiar a se formula nele equaţiuni nejustificate de realitatea faptelor, din care citäm exemple ca: acnee = tulburare digestivă, urticarie = insuficienţă hepatică etc. Patogenia acestor reacţiuni cutanate de origină digestivă a fost tratată în numeroase lucrări, cuprinse în raportul lui *Desaux* şi *Antoine*, dela Congresul de Dermatologie de la Buda-Pesta din 1935.

Mecanismul care determină dermatoza în funcţie de tulburare digestivă este destul de complex. Mai degrabă putem considera mai multe mecanisme, care se intrică şi reacţionează unele asupra altora.

I. In primul rând vor fi luate în consideraţiune manifestaţiunile toxice, provocate de otrăvurile de origină alimentară;

II. In al doilea rând vom discuta manifestaţiunile alergice determinate de intoleranţa bolnavilor, faţă de proteinele alimentare;

III. In al treilea rând, va forma obiectul studiului nostru, manifestaţiile infecţioase, provocate acţiunei directă sau indirectă a microbilor şi paraziţilor intestinali şi în ultimul loc, vom studia fenomenele reflexe, cu punct de plecare viscerală: de la oesofag, stomac, intenstin şi căile biliare.

1. *Toxinele de origină alimentară*, joacă un rol primordial în geneza reacţiunilor cutanate. Aceste toxine îşi au origina în alimentele grase şi alimentele azotoase, în deosebi.

Toxicul poate proveni dintr'un aport alimentar prea bogat în baze toxice, dintr'o acţiune necomplectă şi insuficientă a diastazelor digestive şi dintr'o acţiune exagerată a florei microbiene a tubului digestiv, intestin în special.

La aceste se mai adaugă o serie de factori favorabili ca traversarea mucoasei intestinale, favorizate de staza şi alteraţiile mucoasei, deficienţa hepatică în funcţiunile atât de importante ale glandei, ca putere antitoxică şi proteopexică şi care fac iluzorie bariera hepatică; modificarea mediului sanguin în favoarea menţinerei chimice a corpului toxic.

Toate aceste bariere fiziologice, bazate sau depăşite de excesul toxinelor de origină alimentară, nu mai pot opri, neutraliza sau elimina aceste toxine şi le permite a ajunge la piele.

Tegumentele reacţionează la produsele toxice, după mai multe mecanisme. Histamina, de exemplu, activează producând reacţiunea imediată, de aspect congestiv şi oedematos. In alte cazuri, toxicul nu are acţiune directă asupra pielii, ci irită chimic şi mecanic celulele la trecerea sa prin epiteliu. Va rezulta o degenerescenţă a glandelor seboree şi sudoripare, cu scădere a *puterii de toxicaţie* a pielii.

In fine al treilea şi ultim mecanism constă în iritaţia prin toxic a terminaţiilor nervoase (nervi sensitivi vaso-motori. Astfel va lua naştere pruritul, care poate fi prima manifestaţie, precedând leziunea cutanată. Natura toxinelor cutanate variază după substanţele alimentare care sunt la originea lor.

Lipidele produc acizi graşi, cu o acţiune iritativă asupra pielii şi care se elimină prin sudoare.

Protidele constituie însă sursa principală a acestor otrăvuri cutanate. Toxinele par a fi rezultatul dezintegraţii albuminelor monopeptidelor, monoaminelor. Dintre acestea, unul din cele mai importante este histamina. Această bază aminată, care rezultă din transformaţia histidinei, prin decarboxylaţie, nu rezultă numai în intestin, din acţiunea microbilor intestinali, ci şi în ţesături, în piele. Acţiunea vazo-dilatatoare a histaminei este atât de importantă, încât această substanţă poate fi socotită responsabilă de un mare număr de tulburări vazo-motorii cutanate, mai ales dacă se admite existenţa de transmiţători chimici la terminaţia nervilor (nervii histaminergici).

Reacţiunea produsă de histamină dispare după 30—60 de minute şi este foarte asemănătoare cu erupţia urticariană. Acest fapt pledează pentru rolul histaminei în producerea urticării.

Toxemia intestinală nu se limitează numai la acţiunea directă a «otrăvurilor alimentare» asupra pielii, o serie de tulburări atât în echilibrul acido bazic cât şi în metabolismul diferitelor medii (uree, acid uric, etc.) joacă un rol important în geneza dermatozelor. Se mai poate reaminti acţiunea biotropică a microbismului latent (acnee, afte) în determinismul acestor manifestaţii cutanate.

2. *Al doilea mecanism, al anafilaxiei.* Fenomenul anafilaxiei atât de bine studiat de *Richet* şi *Portier*, poate explica unele reacţiuni cutanate de origină digestivă. Intr'adevăr un prim contact cu antigenul nu determină nici o reacţiune. După un timp mai mult sau mai puţin lung de incubaţie, un nou contact cu acelaş toxic, chiar în cantitate foarte mică provoacă reacţiunea.

In faptul quasi-experimental al urticariei, substanţa toxică rămâne mult timp în contact cu organismul fără a fi urmată de reacţiune, dar odată instalată, urticaria se reproduce cu antigeni foarte diferiţi.

Mai bine decât de anafilaxie sau intoleranţă, s'ar putea vorbi, în absenţă de specificitate constantă a antigenului, de «pragul de toleranţă» care este coborît pentru unele substanţe.

Mecanismul intim a acestor «anafilaxii alimentare» se apropie foarte mult de acel al toxemiilor alimentare. Aceiaşi formaţie de corpi toxici care provin din albuminele gradate, cu trecere prin mucoasa intestinală alterată şi asociată cu deficienţa puterii proteopexice a ficatului. Nu putem face dealminteri decât cu greutate o deosebire fundamentală de natură chimică între aceste proteine cu putere alergică şi toxinele intoxicaţiei digestive.

Cu această ocazie este demn de amintit concepţia autorilor germani, cari localizează conflictul antigen anticorpi, chiar în celulele care ar elibera o nouă substanţă chimică: anafilatoxina.

După *Oriel* se tinde a se identifica, în locul antigenului alimentar, o substanţă reactogenă, formată la contac-

tul antigenului primar, de organism (ficatul, după *Oriel*).

S'ar putea stabili o identitate între aceste substanţe reactogene şi produsele de degradaţie alimentară, în special histamine. Este teoria *histaminică a anafilaxiei*, în favoarea căreia se poate invoca identitatea şocului histaminei şi a şocului anafilactic, din punct de vedere clinic, humoral şi histologic.

3. *Al treilea mecanism* priveşte fenomenele infecţioase determinate de acţiunea directă sau indirectă a microbilor şi paraziţilor intestinali.

In cursul afecţiunilor parazitare ale intestinului, toxinele pot difuza în organism şi să provoace o eozinofilie sanguină şi manifestaţii cutanate.

Helmintiaza produce prurit anual şi leziuni anogenitale exematiforme secretante şi unde pot fi găsite ouăle şi embrionii oxyurilor. Cazurile de urticarie, prurigo, exemă, deasemenea pot fi provocate de parazitoze hepatice sau intestinale. Vom vedea la acţiunea microbilor şi paraziţilor intestinali asupra pielii, diferite dermatoze produse de parazitozele intestinale.

4. *Al patrulea şi ultimul mecanism* pune în evidenţă rolul reflexelor, cu punct de plecare în tubul digestiv şi glandele anexe. El poate explica reacţiunile cutanate, care urmează imediat după absorbţia alimentelor. Se poate cita ca exemplu *erytroza facială post-digestivă*. Sediul excitaţiei poate avea loc în faringe, oesofag, stomac, veziculă biliară, intestin.

Prof. *Loeper* a insistat în deosebi asupra influenţelor tubului digestiv asupra sistemului vago-simpatic: impregnaţie limfatică a tecii pneumogastricului prin toxinele digestive, gastro şi enteronevrite.

Reflexele de origină au mai puţina importanţă decât factorii enumeraţi mai înainte în geneza dermatozelor, dar totuşi exercită o acţiune agravantă asupra lor.

Noţiunea lor duce la indicaţii dietetice ca importanţa meselor absorbite lent, în mici cantităţi în dermatozele cronice în general.

Pe lângă aceste mecanisme principale, se mai pot lua în consideraţie şi alţi factori cu un rol în geneza reacţiunilor cutanate de origină digestivă. Secreţiunile glandelor digestive pot avea repercusiuni asupra pielii în mod direct: astfel se cunosc proprietăţile foto-sensibilizatoare şi prurigenoase a diferitelor elemente constituante a bilei, depozite de cholesterină (xantelasme, nodozităţi subcutanate). Se poate observa în fine o intricaţie a diferiţilor factori citaţi mai înainte, în urma intimităţii raporturilor dintre elementul nervos şi elementul toxic.

* * *

Vom trece în revistă pe rând diversele tipuri de dermatoze de origină digestivă, împărţindu-le după patogenie în 2 categorii: în dermatoze prin extensiune locală şi în dermatoze datorite răsunetului la distanţă, pe piele a reacţiunilor, determinate de afecţiunile digestive.

Dermatoze prin extensiune locală.

Unele sunt de origină bucală. Aftele, stomatitele, gingivitele se pot complica de impetigo a obrajilor, a bărbii, de erupţii exematicole.

Stomatitele ulcero-membranoase, noma, tuberculoza, actinomicoza, cancerul gurii se pot propaga la regiunea peribucală.

Mai frecvente sunt leziunile cutanate de origină ano-rectală.

Traumastismele uneori (sodomie, coproliţi, instrumente diferite) sunt capabile a determina eroziuni, fisuri dureroase, însoţite de prurit şi adeseori se pot infecta. Se cunoaşte acţiunea chimică pe care o produc scaunele acide ale copilului alăptat la sân, în special în gastro-enterite şi aceea legată de sărurile amoniacale, alcaline ale sugaciului, hrănit cu lapte de vacă.

Vor rezulta o serie de leziuni ca: macerăţii, eriteme fesiere variate, piodermite ale regiunei ano-genitale, a feselor, sifiloida fesieră postoperatorie a lui *Jacquet*, etc. Accidente analoage, mai discrete, se pot observa şi la adult, produse de enterită sau entero-colite, însoţite de scaune acide. Aciditatea scaunelor poate rezulta şi în urma abuzului de laxative şi purgative.

Uneori *paraziţi intestinali*, în deosebi oxyurii, ascarizii, mai rar lambliaza, dizenteria amibiană se însoţesc de un prurit anal penibil, adeseori periodic şi care se complică de exeme, lichenificaţie, piodermite.

Afecţiunile microbiene ale intestinului pot provoca leziuni peri-anale sau perineale. Enterita sugaciului determină adeseori intertrigo, epidermite şi eriteme pruriginoase (enterococ, streptococ, colibacil).

Localizaţiile venerice ale intestinului ca rectita blenoragică, anita sancroasă, se însoţesc de obicei de eriteme şi ulceraţii dureroase în regiunea perianală.

Maladia lui *Nicolas* şi *Favre* se complică uneori de o stenoză ano-rectală, care determină de multe ori oedeme elefantiazice, condyloame, fistule şi ulceraţii.

Leziuni identice pot fi determinate de sifilis, blenoragie *(Louste)*, tuberculoză *(Gougerot, Hudelo)*, şancrul simplu, etc. Infecţiunile precedente se pot asocia ca să producă leziuni de tipul stricturii ano-rectale şi leziunilor perineale.

Leziuni provocate de Nocardia caecului, a colonului şi rectului pot fi urmate de o actinomycoză anală, sub formă de abcese, fistule şi condyloame.

Hemoroizii interni se pot complica de hemoroizi externi în majoritatea cazurilor şi cari determină adeseori un prurit tenace, leziuni exematiforme şi lichenificaţie.

Se mai pot observa, eriteme, exeme şi pigmentaţie de portul herniilor, de gura unui anus iliac, fistule dentare, intestinale şi biliare.

Dermatozele prin răsunet a tulburărilor digestive.

Aceste leziuni cutanate pot fi provocate de tulburări de alimentaţie, de infecţiunile alimentare, de intoxicaţiile alimentare, de intoxicaţiile medicamentoase, de leziuni ale tubului digestiv.

Tulburările de alimentaţie. Supraalimentaţia, mai ales la sugaci, provoacă diaree, mai des constipaţie, cu stază gastro-intestinală şi absorpţie a produselor de fermentaţie intestinală. Pielea se încarcă de grăsime şi de apă şi devine mai sensibilă la iritaţiile de origină externă sau internă. Exema este foarte frecventă şi se localizează mai ales în regiunile periorificiale ale feţii, este pruriginoasă şi impetiginoasă în numeroase cazuri.

Alimentaţia redusă, inaniţia în urma leziunilor organice (stenoze canceroase sau necanceroase, diareele cronice, gastro-enteritele) poate provoca o scădere a grăsimilor şi apei din piele. Tegumentele devin galbene, palide, uscate, furfuracee (pityriasis tabescentium), pigmentate (chloasma caşecticilor), uneori purpurice (purpura cacheticorum). S'a mai observat căderea perilor, fisuraţia unghiilor *(Lenz)*, oedemele de răsboi.

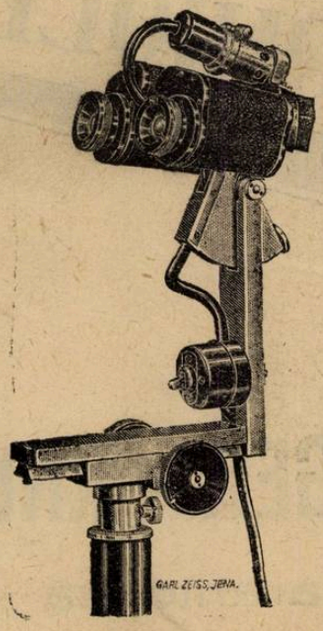
După *Hermannsdorfer*, o uşoară hiponutriţie ar favoriza vindecarea plăgilor şi infecţiilor cutanate.

După consideraţiile de ordin cantitativ, vom discuta *alteraţiile calitative* şi repercusiunile ce le pot avea în geneza leziunilor cutanate.

Echilibrul acido-bazic. Luithlen (1911), într'o serie de experienţe a arătat că o alimentaţie acidă ridică rezistenţa tegumentelor faţă de inflamaţii; din contra, o alimentaţie alcalină, compusă din ierburi sau alcaline adăugate la hrană, scade această rezistenţă. La om, alcalinizarea ar micşora intensitatea cuti-reacţiei faţă de tuberculină, acidifierea ar ridica-o *(Fournet)*. Acelaş fenomen s'ar produce faţă de razele ultraviolete.

După *Schreus*, un regim alcalin ar putea duce la vindecarea unor urti-

Kolposkop ZEISS



după Prof. HINSELMANN

cu lupă binoculară mărind de 10x şi cu dispozitiv de iluminat pe stativ special.

Prof. Hinselmann a arătat că la o mărime de 10x se pot recunoaşte cancerul şi chiar modificările precanceroase ale mucoasei vulvei, vaginului, colului şi unei părţi din canalul cervical încă din primele stadii de desvoltare. Pe baza unui diagnostic precoce este posibil să se îndepărteze printr'o mică intervenţie părţile modificate ale mucoasei şi deci să se împiedice desvoltarea ulterioară a tumorei. Pentru acest tratament preventiv extrem de important în lupta contra cancerului, Kolposkopul este un instrument indispensabil.

Prospecte «Medkolp» gratuite dela

CARL ZEISS / JENA

CARL ZEISS JENA

Reprezentanţa generală pentru România:

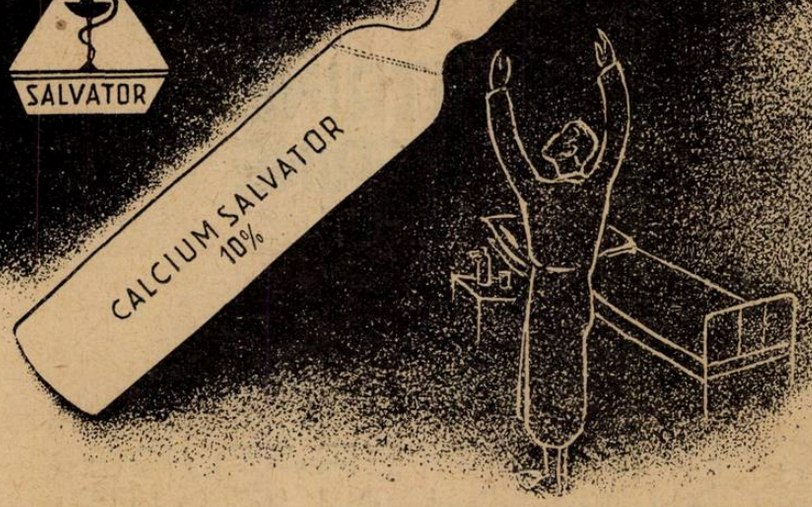
Societatea Anonimă de Agentură, Comision şi Import fost Otto & Alfred Herzog,

Bucureşti I, B-dul Carol I, 48.

Calcium Salvator

CALCIUM GLUCONICUM
10%, 20%

SALVATOR



INDICAŢIUNI

PRETUBERCULOZĂ
TUBERCULOZĂ
HEMORAGII
CONVALESCENŢĂ
DERMATOZE

INTRAVENOS
INTRAMUSCULAR

LABORATORUL SALVATOR BRAŞOV

Mostre şi literatură: M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

COMPRETTEN·AMPHIOLEN

MBK

MERCK - BOEHRINGER - KNOLL

Aceste 3 nume garantează

CALITATEA SUPERIOARĂ,
DEŞI PREŢUL E MINIM.

RECOMANDĂM „COMPRETTEN" CALCIUM LACTICUM, LAXATIVUM VEGETABILE

CATALOG LA CERERE:

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK BUCUREŞTI III, Strada Eremia Grigorescu No. 6.

ANGINE DE POITRINE

AORTITES, ASTHME CARDIAQUE, ARTÉRITES ETC.

DRAGÉES
À
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 ou 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS
MAXIMUM : 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO ~ PARIS (XVI)

Reprezentanţa generală: PAUL ILUTZA, Str. Olari No. 23. ~ Telefon: 2.39.46.

care cu acidoză; după *Balint* și *Weiss* un regim acidifiant ar favoriza supurația și extensia ulcerelor gambei. *Scheer* recomandă laptele acidifiat în tratamentul exemelor sugaciului.

După *Hermannsdorfer*, *Schaede*, *Beck* și *Reime*, etc., un regim alcalin exagerează secreția plăgilor, din contra postul sau un regim acid scade această secreție și grăbește vindecarea.

Așa dar o serie de fapte contradictorii, care nu pot permite în mod hotărât concluziuni practice.

Materiile organice.

S'a văzut că o alimentație prea bogată în hidrați de carbon ridică conținutul în apă a pielii până la 85% la epurii de casă. Copilul nutrit exclusiv și prea mult cu făinoase, vede greutatea ridicându se prin hidremie și hidratie cutanată, urmată de hipotrofie cutanată prin expulsie secundară a apei infiltrate sub formă de diaree.

Pielea suferă modificații, devenind foarte receptivă pentru toate infecțiile (exemă, impetigo, foliculite, furuncul, antrax, etc.). Un regim de restricție a hidrocarbonaților este la baza tratamentului acestor dermatoze.

Se cunoaște rolul foarte important al proteinelor alimentare în producerea numeroaselor tulburări cutanate și în special în geneza eritemelor exemei, urticarii. In schimb noțiunile sunt mai vagi în ceiace privește metabolismul cutanat al proteinelor. Un regim sărac în albumine și purine, după *Urbach* și *Sicher*, silește organismul să consume propriile sale rezerve și aduce o mărire a acidului uric, în tegumente. Dar un astfel de regim are avantajul de a împiedica evoluția cancerelor cutanate.

Czerny arată că creșterea greutății la sugaci este stânjenită printr'o alimentație lactată și care provoacă scăderea tonusului pielii, și puterii de rezistență a acesteia față de diferitele infecții.

Cantitatea excesivă de grăsimi din alimentație aduce o hidratație cutanată, cu mărirea secreției glandelor sebacee. *(Urbach, Sakati, Bischoff* și *Voit). Borst* a demonstrat desvoltarea cancerului experimental în urma unei alimentații prea bogate în colesterină.

Rezultate cu totul contrarii ar fi obținut *Juster, Caillaux* prin injecție delecitine în tumoare sau la distanță de ea.

Von Noorden a descris xantoza diabetică în coloratie gălbuie a pielii, cu sediul mai ales, în șanțurile naso-geniene, la palme și plante și provocate de o hiperlipochromie sau carotinemie prin excese alimentare a legumelor sau a alimentelor bogate în caroten (morcovi, tomate, salate, portocale, unt, gălbenuș de ouă, etc.).

Avitaminoze. Se cunoaște importanța avitaminozelor, după ultimele lucrări. Cu avitaminoza A. s'au descris o serie de turburări oculare ca xeroftalmia și keratomalacia corneană. *Frazier* amintește de semnele cutanate premonitorii ca uscăciune, desquamația, pigmentația pielii, papulele foliculare. Ea ar juca un rol în geneza exemei seboreice a sugaciului. Avitaminoza B. joacă un rol important în producerea din beri-beri și a pelagrei.

Scorbutul este o avitaminoză C, care la copii produce maladia lui *Barlow*. Rechitismul este datorit avitaminozei D, în primul rând, cu o serie de turburări cutanate ca infiltrație a pielei, care devine moale, palidă și expusă la numeroase infecțiuni.

(Sfârșitul în numărul viitor)

REVISTA CARȚILOR

Afecțiunile Intestinului gros, vol. I., de Dr. Andrei Cârstea, medic al Spitalului Brâncovenese.

Un volum de 544 pag., imprimat pe hârtie chromo, Editura Genuiului București.

Terapeutica bolilor intestinului gros s'a îmbogățit cu o nouă lucrare, datorită d-lui Dr. *Andrei Cârstea*. Această lucrare care este mai mult un tratat asupra afecțiunilor intestinului gros, corespunde unei reale necesități după cum scrie d-l Prof. Dr. *Băltăceanu* în prefața volumului, pe care o reproducem în întregime.

«Patologia intestinului gros prezintă foarte adesea dificultăți mari pentru medicul practician. Exceptând cazurile ușoare, formele simple ale maladiilor acestui organ, în rest, cauze diverse contribuesc a îngreuna ori a împiedeca punerea unui diagnostic de preciziune și deci și aplicarea unui tratament cu baze riguros științifice.

Este mai întâi faptul că nu cunoaștem încă complet fiziologia lui. Se termină aci digestia și resorbția produselor digestiei, la care o contribuție importantă, tot neprecisă, o aduc elementele microbiene.

Din punct de vedere al patologiei intestinului gros, dificultățile sunt explicabile dacă ne gândim între altele la faptul că delimitarea între turburările funcționale și cele cu bază organică este adesea foarte greu de stabilit. Turburări de transit, fenomene reflexe, pot constitui ele singure sindroame în care nu este ușoară discriminarea exactă a maladiei însăși și a cauzelor sale.

Starea constituțională, modificările aduse în felul și în modul alimentației, își adaugă și ele partea de contribuție pentru a schimba aspectul tabloului patologic.

Se explică deci pentru ce, cu toate eforturile făcute, diagnosticul poate deveni foarte dificil. Studiul chimismului intestinal, probele digestive, nu reprezintă criterii prea sigure.

Radiologia ne este de un foarte prețios ajutor și progresele ei continue în acest domeniu, lărgesc tot mai mult posibilitățile de diagnostic.

Rectoscopia devine un auxiliar indispensabil pentru leziunile porțiunei terminale a colonului. Și aici clinica cu experiența fiecăruia dintre noi, reprezintă elementul determinant pentru a pune o etichetă justificată a maladiei.

Terapeutica maladiilor intestinului gros a făcut și ea progrese însemnate în ultimii ani. Chiar în formele grave ale colitei ulceroase nu suntem desarmați.

Alimentația, baza oricărui tratament al unei afecțiuni digestive, grație cercetărilor numeroase, este azi în măsură să ofere posibilități de adaptare pentru terapeutica individuală.

Dificultățile care le întâlnim atât de des la diagnostic, greutatea aplicării unui tratament științific, sunt cauze cari cer multă experiență și mult curaj pentru a scri un tratat asupra maladiilor intestinului gros.

D-l Dr. *Cârstea* a avut acest curaj. Elev al regretatului nostru Maestru, Profesorul *Theohari*, d-sa a avut prilejul să se familiarizeze cu patologia acestui organ și să capete spiritul critic atât de necesar aventurei pe un teren așa de dificil.

Această lucrare reprezintă o muncă intensă. Sunt expuse aci, în afară de fiziologia normală și patologică, câteva elemente necesare și indispensabile pentru un bun diagnostic. Terapeu- astfel o bază mai precisă de aplicare și asigură astfel succesul.

Cartea aceasta va fi foarte utilă mai ales medicului practician, căci va găsi în ea nu numai capitole izolate, ci și relațiile între diversele manifestări și localizări patologice pe intestinul gros. Va găsi de asemeni o punere la punct a diverselor metode de diagnostic, precum și a tratamentului cel mai indicat.

Iată de ce, socotesc că această lucrare a d-lui Dr. *Cârstea* corespunde unei necesități reale».

Profesor Dr G. BALTACEANU

Contribuţiuni la tratamentul dermatozelor pruriginoase

de Dr. DEM. ARICESCU
Din Clinica Dermatologică Spitalul Colţea
Medic Şef la Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

In diversitatea afecţiunilor cutanate, găsim în simptomatologie, manifestări subiective şi obiective, care prin felul lor, prezintă un complex de forme, care mai de care mai variate.

Toate aceste simptome, de intensitate diferită, adică de intensitate mai mult sau mai puţin apreciabilă, după coeficientul de sensibilitate al fiecărui bolnav în parte, sunt de natură de a constitui uneori un adevărat chin pentru bolnav.

Dacă unele din aceste manifestări sunt oarecum suportabile, ele modificându-se simţitor sau complet prin medicaţiunile apropiate, există totuşi unul, a cărui prezenţă, în afară de chinul la care expune bolnavul, constituie o mare problemă şi pentru medic.

Acest simptom este Pruritul.

Localizat sau generalizat, pruritul ce însoţeşte un impresionant număr de dermatoze, este elementul care interesează în primul rând, el putând fi uneori aşa de intens, încât produce bolnavului insomnii, agitaţii, depresiuni nervoase şi chiar idei de sinucidere. Este motivul pentru care bolnavul îşi transformă pruritul său în durere, traumatizându-şi pielea prin scărpinături violente, aceasta fiind în orice caz mai uşor de suportat.

In ceeace priveşte mecanismul de producere al pruritului, majoritatea cercetătorilor sunt de acord că el fiind adeseori de cauză internă, trebuesc căutate modificările ce se produc în chimismul sângelui, la aceşti bolnavi, chimism datorit variaţiunilor calciului, ferului, magneziului, zahărului, clorului, etc. O cantitate mai mare a oricăreia dintre aceste substanţe, produce o iritaţie a terminaţiunilor nervoase fine, ale nervilor ţesutului cutanat .De aci şi importanţa pe care o are regimul alimentar ce trebue aplicat, după caz, acestor bolnavi, regim uşor, sărac în acizi sau săruri, fiind totodată atenţi şi asupra schimburilor nutritive, ce trebuesc să fie foarte active şi digestia perfectă.

Iată deci necesitatea de a găsi în arsenalul terapeutic ce ne stă la îndemână, mijloacele necesare tratamentului pruritului.

Incă din antichitate s'a evidenţiat acţiunea salutară a gudronului, mineral sau vegetal, pentru ameliorarea acestui fenomen supărător, produs, care ulterior, mult mai târziu, s'a utilizat sub diverse forme după întinderea sau sediul leziunilor şi toleranţa bolnavului. Amintim aci metoda veche de pensulaţie a părţilor bolnave cu tinctură de gudron, urmate de băi fierbinţi (Procedeul *Lasser)*, sau tratamentul general cu gudron în soluţie apoasă (Balnacid Dr. *Nördlinger);* utilizabil 150 cc. la o bae).

Mai târziu procedeele de tratament ale pruritului s'au înmulţit prin ajutorul a noi substanţe medicamentoase.

Astfel: *Acizi* (fenic, tartric, calicilic, cianhidric, acetic, etc.).

Alcoli aromaţi: (apă de Colonia, alcool camforat, esenţă de mentha, menthol, nafton, cloral, etc.).

Alcaline: (bicarbonat, salicilat de sodiu, borat de sodiu).

Apoi *Mercuriale:* (coaltar saponat, cianurile, acidul cianhidric, cocaină, etc.).

Toate aceste substanţe prin combinaţiuni diverse şi extrem de variate, s'au utilizat în paste sau pomezi, cu rezultate mai mult sau mai puţin apreciabile. Ca exemplu, putem cita pomada lui *Duret*, în a cărei compoziţie se înglobau nu mai puţin de 12 corpi chimici dintre cei mai sus citaţi.

Mai recent s'a utilizat şi anestezia, bromocolul şi heliobromul sub formă de bromură de sodiu.

In ceeace priveşte tratamentul pe cale internă s'a întrebuinţat, după caz, arsenicul, calciul, iodurul de potasiu, şi uneori la femei, mai ales în urma observaţiunilor multiple, extractele glandulare.

Bromul utilizat intern în clinicile pentru afecţiuni interne şi nervoase, cu evident succes, atrage atenţiunea dermatologilor, care recurg la ajutorul lui în dermatoze pruriginoase. A fost astfel pentru prima oară întrebuinţat de *Lebedief*, cu efecte încurajatoare, prin injecţii intravenoase, sub formă de bromură de sodiu în ser fiziologic 10%, ceeace determină clinicile din Viena să studieze şi să pue la punct chestiunea bromului, ajungând la rezultate apreciabile.

Bazaţi pe aceste rezultate, cu câţiva ani în urmă, întreprinderile chimice şi farmaceutice *Tosse* din Hamburg, după cercetări în serie, emite un preparat de brom sub forma unei soluţii izotonice de bromură de stronţiu (primul ca sedativ, al II-lea ca modificator al permeabilităţii vasculare), denumit *Ekzebrol*, în diluţie de 1—10, în fiole de 10 cc., constituind un lichid incolor, ce se administrează pe cale *intravenoasă*.

Faptul că la unii din bolnavii noştri elementul prurit era de o intensitate impresionantă, ne-a făcut şi pe noi să recurgem la ajutorul produsului mai sus amintit. Am utilizat astfel *Ekzebrolul* în 14 cazuri, care după felul lor se pot grupa astfel:

6 cazuri de eczemă papulo vesiculoasă în placarde multiple;

3 cazuri de eczemă seboreică generalizată;

2 cazuri de Prurigo cronic;

3 cazuri de prurit generalizat (sine materia).

Am recurs deci pe lângă tratamentul local indicat, la injecţiuni intravenoase, administrate în primele trei zile, câte o fiolă de 10 cc. zilnic, după care continuăm tratamentul la 2 zile, făcând 10—15 injecţii, după caz, şi alternând cu autohemoterapie.

Injecţiunile le administram de preferinţă seara, efectul lor în timp, permiţând bolnavului un somn mai liniştit.

In toate cazurile noastre, şi cu deosebire în cazurile de eczemă seboreică generalizată, am constatat chiar după 2-3 injecţii, o notorie ameliorare a simptomului ce ne interesează, modificarea traducându-se în mod aproape constant prin revenirea somnului şi a fortiori, o ameliorare în totalitatea manifestărilor afecţiunii, fără a afirma, bineînţeles, o acţiune directă a prepratului asupra leziunilor în sine.

In ceeace priveşte toleranţa sa, putem afirma că, cel puţin în cazurile urmărite de noi şi citate mai sus, nu am constatat nici un fel de turburări, afară de senzaţia de căldură ce se produce în momentul injecţiunii, senzaţie ce dispare aproape complet prin introducerea extrem de lentă a preparatului.

Analizele de urină în cursul tratamentului nu au arătat turburări ale organelor hemoncturiale.

Injecţiunea efectuată intramuscular (în cazurile de vene inaccesibile) nu prezintă nici un pericol pentru bolnav; ea îşi produce efectul său, dar nu este totuşi de recomandat, deoarece se însoţeşte totdeauna de dureri, uneori violente, dar în nici un caz alarmante, de evitat pentru un suferind anterior mult chinuit.

In concluzie, cu toate că numărul cazurilor urmărite de noi nu este prea mare pentru a trage concluzuni definitive, putem afirma că:

1. *Ekzebrolul,* în tratamentul afecţiunilor cutanate pruriginoase, rebele, este un preţios auxiliar la îndemâna practicianului, efectul lui fiind apreciabil chiar după primele injecţiuni.

2. Acţiunea promptă pe care o exercită asupra pruritului conduce consecutiv la o modificare notorie şi în celelalte simptome ale afecţiunii.

3. Perfecta sa toleranţă, atât locală cât şi generală, îl indică drept un preparat de neînlăturat în cazurile adecuate.

Epuizări funcționale și stări de hiperexcitabilitate
Insomnie **Depresiuni** **Turburări vaso-motorii**

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.
Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.
Fiole de 5 și 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, București I.

Drogueria ROYAL
Piața Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
(Suisse)

SPASMO-CIBALGINE „CIBA"

(Cibalgine Trasentine)

In același timp **Spasmolitic** și **Analgezic**

pentru toate algiile spastice

Dureri ale tractului gastro-intestinal
Colici nefritice și biliare
Migrenă — Dismenoree — Nevralgii

Dosaj: *bucal*: 1—2 tablete drageiate 1—3 ori pe zi
rectal: 1—3 supozitoare pe zi (copii jumătate!).

Tablete, flacon cu 20 bucăți. **Supozitoare, cutie cu 5 bucăți.**

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle
„CIBA"

Reprezentant pt. România: NICOLAE BARNA, farmacist, București str. Romană, 55 c.

LA BRONȘITĂ

INFLUENȚĂ

TUSE

Antiphlogistine este întotdeauna indicat.

Antiphlogistine stimulează activitatea capilară a toracelui, prin care se atinge o circulație mai bună a sângelui în partea afectată. Incordarea dispare, tusea încetează și bolnavul resimte o senzație de calmare și ușurare.

Eșantioane și literatură la cerere.

ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YORK. U. S. A.

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sf. Ionică No. 8 București I.

Pentru hematopoeză și accelerarea vindecării

Flacoane originale cu aprox. 160 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentant: Dr. I. BINDER București, Str. Luigi Cazzavillan 34.

Centenarul Psihiatriei Româneşti

Expunerea d-lui Prof. Dr. P. Tomescu la Societatea de Psihiatrie din Bucureşti

In şedinţa de Vineri 27 Ianuarie a Societăţii de psihiatrie din Bucureşti s'a sărbătorit centenarul acestei specialităţi în ţara noastră.

D. prof. dr. *P. Tomescu*, directorul clinicei de psihiatrie de la Spitalul central, a făcut cu această ocazie o amplă expunere asupra evoluţiei şi concepţiilor ştiinţifice în asistenţa şi terapeutica boalelor mintale.

Începuturile Psihiatriei Româneşti

La 11 Decembrie 1838 s'a întemeiat prima organizare medicală pentru îngrijirea bolnavilor mintali la Schitul Malamuci din judeţul Ilfov, sub auspiciile Eforiei spitalelor civile, în urma hotărîrei lui Alexandru Ghika, domnitorul ţării în acea epocă.

Inainte de această dată şi din vremuri îndepărtate, alienaţii erau internaţi în diferite mânăstiri unde li se asigurau o asistenţă religioasă, în conformitate cu ideile şi cu prejudecăţile acelor timpuri. In legile vechi şi mai ales în pravila lui Matei Basarab de la 1652 se găsesc oarecari norme de ordin juridic în legătură cu actele anti-sociale ale alienaţilor şi acolo apare ideia intervenţiei medicale pentru identificarea bolnavilor. Ideia unei asistenţe medicale a alienaţilor nu exista însă în acel timp.

La 1838 se organizează deci, pentru prima oară o îngrijire medicală a bolnavilor mintali, numindu-se un doctor şi infirmieri capabili să asigure o asistenţă ştiinţifică, atât cât o permitea concepţiunile şi posibilităţile acelei vremi. De la 1838 până la 1845 funcţionează în aceste condiţiuni azilul de la Malamuci, sub administrarea Eforiei.

In 1846 aşezământul de la Malamuci se mută la Mânăstirea Mărcuţa, fiind condus din punct de vedere medical de d-rul Nicolae Gănescu, şi având în anul 1847 un număr de 40 de bolnavi.

Personalitatea Profesorului Şuţu

In 1867 conducerea ospiciului o ia d-rul Al. Şuţu, om tânăr cu frumoase studii în străinătate şi cu o deosebită pasiune pentru psihiatrie.

In 1894 s'a promulgat legea alienaţilor care a statuat o serie de principii asupra îngrijirei bolnavilor mintali, în raport cu ideile curente în acel timp.

După 30 de ani de la începuturile asistenţei medicale a bolnavilor mintali, în ţara noastră, se creiază la Facultatea de medicină din Bucureşti, un curs liber de psihiatrie, care se încredinţează d-rului Şuţu, curs prevăzut în programul anului şcolar 1867—68.

Abia după alţi 30 ani de progres al ştiinţei şi de propagandă pentru o specialitate a cărei importanţă nu era încă înţeleasă, s'a creiat catedra de «Psihiatrie şi clinica boalelor mintale» al cărei prim titular a fost profesorul Şuţu.

Acest ilustru înaintaş, care în anul şcolar 1867—68 făcuse primele cursuri de psihiatrie la facultatea de medicină din Bucureşti şi care timp de trei decenii predase benevol acest învăţământ, la vârsta de 60 ani a avut satisfacţia de a vedea încununate de succes, eforturile sale, — prin crearea unei catedre independente de psihiatrie. Profesorul Şuţu a fost o personalitate remarcabilă a medicinei româneşti din a doua jumătate a secolului al XIX-lea. El a creiat în ţara noastră psihiatria medicală ca şi învăţământul acestei specialităţi pe care a reuşit să o impună graţie ştiinţei, graţie talentului şi graţie muncei sale.

Opera Profesorului Obregia

Spre norocul specialităţei noastre, aproape de încheerea secolului trecut, apare o altă personalitate puternică, de o înaltă valoare intelectuală, şi de o mare putere creiatoare. Este d-rul *Obregia*, profesor de istologie la facultatea de medicină din Bucureşti în 1892, medic primar la spitalul Mărcuţa în 1893 şi profesor de clinică a boalelor mintale din 1910.

Timp de 41 ani (1893—1934) prof. *Obregia* a condus nu numai serviciul său de spital, nu numai clinica de boale mintale a Universităţii din Bucureşti, dar toată psihiatria românească într'un spirit de înaltă ştiinţă şi de mari realizări.

Fiind director general al serviciului sanitar a întemeiat Spitalul Central de boli mintale din Bucureşti, care început în 1906 abia a fost terminat în 1923, când a început să funcţioneze. Profesorul Obregia a scos bolnavii alienaţi din mânăstiri, unde erau izolaţi sub o relativă supraveghere medicală şi i-a instalat în spitale moderne. Este o reformă epocală, a cărei realizare situiază pe acela care a făcut-o printre ctitorii cei mai mari ai medicinii româneşti.

In rezumat, anul 1938 înseamnă în cronica desvoltăţei medicinei naţionale:

O sută de ani dela întemeierea primului aşezământ de asistenţă medicală a bolnavilor mintali;

70 de ani dela ţinerea primului curs de psihiatrie la facultatea de medicină din Bucureşti;

40 de ani dela întemeierea catedrei de clinica boalelor mintale la facultatea de medicină din Bucureşti.

Pe lângă cei doi mari protagonişti ai psihiatriei româneşti, profesorii Şuţu şi Obregia, au lucrat în acest domeniu o pleiadă întreagă de medici distinşi a căror activitate este în plină evoluţie.

Perspective de viitor

Sărbătorirea unui centenar este în primul rând, un omagiu adus operei înfăptuite de oamenii mari ai trecutului. Este însă, în acelaş timp, un prilej de a examina situaţia actuală şi de a deschide perspective asupra viitorului.

Psihiatria a devenit, graţie marilor descoperiri înfăptuite în ultimele două decenii, o specialitate activă, graţie căreia marea majoritate a bolnavilor se vindecă sau se ameliorează atât de mult, în cât îşi pot relua activitatea socială.

In adevăr, în Clinica de psihiatrie dela Spitalul Central, s'au obţinut în anul 1938 următoarele rezultate:

In secţia de bărbaţi, din 481 bolnavi intraţi, au ieşit:

Vindecaţi 50.15%
Ameliorati 30.76%
Au rămas în spital la sfârşitul anului 12.24%.
Au fost transferaţi în azile 5.19%.
Au sucombat 1.66%.

Aceste date statistice dovedesc în mod evident randamentul medical şi social al clinicei.

Pentru ca psihiatria să aducă şi mai însemnate servicii sănătăţii publice, va trebui să-şi desfăşure activitatea sa pe triplu plan: curativ, preventiv şi acela al igienei mintale.

In centrele mari, spitalele de boli mintale trebue să fie destinate îngrijirei cazurilor acute, curabile în marea lor majoritate.

Serviciii speciale de psihiatrie infantilă trebue să dea o asistenţă promptă şi timpurie tuturor turburărilor incipente şi anomaliilor constatate în desvoltarea psihologică a şcolarilor.

Iar spitalele, trebue să devină, nu numai instituţii de asistenţă medicală, ci adevărate centre de sănătate, de unde să fie dirijată mişcarea de igienă mintală, care trebue organizată şi generalizată în toate regiunile ţării.

După expunerea d-lui prof. dr. *P. Tomescu* s'au făcut comunicări de d-nii d-ri: *A. Popeia, Ion Constantinescu, Seb. Constantinescu, Cosmulescu, Dimolescu, Dumitrescu, Dan Constantinescu, Şerban, Jercea, Dosios, Daniel, Mircea Dumitrescu, N. Ionescu*, etc.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Medicii numiţi în Consiliul Frontului Renaşterei Naţionale

In consiliul Frontului Renaşterii Naţionale au fost numiţi următorii medici:

Dr. *Banu Gh.*
Prof. dr. *Haţieganu Iuliu.*
Prof. dr. *Hortolomei N.*
Prof. dr. *Haţieganu Iuliu.*
Prof. dr. *Tătaru Coriolan.*
Dr. *Nicoară Eugen.*

Conducătorii Serviciului Social

Au fost numiţi în comitetul permanent al serviciului social:

D. profesor *Dimitrie Gusti,* directorul general al Fundaţiei Culturale Regale «Principele Carol», în funcţiunea de preşedinte al comitetului permanent de conducere şi administrare al serviciului social.

D. profesor *Iuliu Moldovanu,* preşedintele «Asociaţiunii pentru Cultura şi Literatura Poporului Român», (Astra), şi d. profesor *Constantin Rădulescu-Motru,* preşedintele Academiei Române, în funcţiunile de membri în comitetul permanent de conducere şi administrare al serviciului social.

Prezenţa d-lui profesor dr. *Iuliu Moldovanu* în comitetul permanent, asigură o conducere plină de competenţă şi de autoritate, pentru problemele sanitare cari intră în atribuţiile serviciului social.

Noul Consiliu de administraţie al Casei Asigurărilor Sociale

In conformitate cu noua lege a asigurărilor sociale, au fost numiţi în consiliul de administraţie, d-nii d-ri *Şt. Irimescu* şi *P. Topa.*

Vechi reprezentanţi ai corpului medical în consiliul de administraţie al asigurărilor sociale, d-nii d-ri Topa şi Irimescu aduc acolo o incontestabilă autoritate şi un deosebit prestigiu profesional.

Noul Comitet al Societăţii de Urologie

Societatea de Urologie, întrunindu-se în seara de 21 Ianuarie în localul Asociaţiei generale a Medicilor, şi-a ales următorul comitet:

Preşedinte: prof. *N. Hortolomei,* vice preşedinţi: agregat *E. Cristian,* agregat *Gh. Marinescu,* secretar general: docent *M. Popescu-Buzău,* bibliotecar: dr. *I. Petcu,* casier: dr. *V. Vintici,* secretari de şedinţă: dr. *Valeriu Petrescu,* dr. *I. Teodorescu,* cenzori: docent *I. Anghel,* dr. *Cojan Gh.,* dr. *Zane,* censori supleanţi: dr. *N. N. Constantinescu* (Chişinău), dr. *Danicico* (Oraviţa), dr. *Streja.*

«Medicina Infantilă»

Sub direcţia şi din iniţiativa d-lui profesor dr. *Titu Gane* a apărut : «Medicina Infantilă», revistă de pediatrie şi puericultură.

Anunţând apariţia acestei noui publicaţiuni, ţinem să subliniem marea utilitate ştiinţifică şi socială.

Pentru a informa pe cititorii noştri asupra tendinţelor acestei interesante reviste, reproducem din primul ei număr, cuvântul introductiv, scris de d. prof. *T. Gane:*

«Mă preocupa de mult ideia de a face să apară o revistă de Medicină Infantilă. Adică o publicaţie care să aibă drept câmp al activităţii sale, întreaga acţiune medicală şi igienică, privind copilul. Medicina curativă şi patologia infantilă, igiena şi medicina preventivă a copilăriei, trebue să fie reprezentate deopotrivă într'o astfel de publicaţie de medicină integrală, aşa cum se practică ea pe teren în viaţa de toate zilele.

«Medicina Infantilă» va trebui să conţină, pe lângă articole originale, de clinică, terapeutică şi cercetări de laborator lucrări despre igiena copilăriei, asistenţa materno infantilă, precum şi legiferarea în acest domeniu atât de important pentru ţara noastră. In România, cu cea mai mare mortalitate infantilă, trebue ca toţi medicii să se preocupe de variatele probleme medicale privind copilul. Rolul revistei va fi, deci, de a arăta activitatea ştiinţifică a pediatrilor noştri, dar şi de a familiariza cu problemele asistenţei infnatile pe medici şi studenţi.

Medicul nu mai e un izolat, funcţia lui socială îl obligă a lua contact cu toate realităţile vieţii paramedicale. In special, problemele sociale îl ating prin atâtea laturi, încât trebue să le cunoască şi uneori, să le îndrume.

Fac apel şi rog pe toţi colegii, a da colaborarea lor acestei iniţiative, pe care trebue să o considere o tribună liberă oferită tuturor».

A XI-a Conferinţă internaţională contra tuberculozei

Comitetul Executiv al Uniunei Internaţionale contra Tuberculozei din Paris, atât în numele său cât şi în numele Asociaţiei de Tuberculoză din Berlin, aduce la cunoştinţa d-lor medici şi persoanelor care se interesează de tuberculoză, că a XI-a Conferinţă Internaţională contra Tuberculozei se va ţine la Berlin, dela 10 la 20 Septembrie 1939.

Persoanele care doresc a lua parte se vor adresa Societăţii pentru Profilaxia Tuberculozei, Bd. Regele Ferdinand N. 35, pentru înscriere.

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar al judeţului Lăpuşna.
Medic al circ. 25 urbane la Municipiul Bucureşti.
Medic şef al Municipiului Brăila.
» de circ. urbană Tighina.
» al oraşului Caransebeş
» al oraşului Siret
» primar pediatru al spitalului «Grecescu» Tn. Severin.

Medic primar al secţiei de maternitate şi consultaţii prenatale la spitalul Sighişoara;

Medic primar al spitalului «Pulcheria Ghica» din Hârlău;

Medic şef de laborator la spitalul de pelagroşi Păncesti-Dragomireşti jud. Roman;

Medic de laborator la spitalul «Schuler şi Sfetescu» din Ploeşti.

Medic primar al secţiei de chirurgie dela spitalul Vaslui;

Medic şef al laboratorului de igienă «C. A. Papadopol» din Buzău;

Medic al spitalului Strehaia judeţul Mehedinţi;

Medic al spit. cu circ. Răşcani jud. Bălţi; Valea Rea jud. Bacău; Bechet jud. Dolj; Chelmenţi jud. Hotin; Sculeni jud. Iaşi; Ortachioi jud. Tulcea; Obedeni jud. Vlaşca; Baia de Criş-Hunedoara;

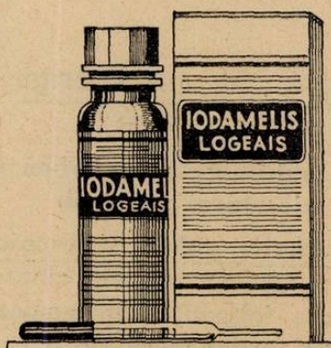
Medic al circ. Ciumbrud jud. Alba; Vârfurile jud. Arad; Oarja jud. Argeş; Oneşti jud. Bacău; Ruginoasa; Ciuciulea jud. Bălţi; Pietroasa jud. Bihor; Vintileanca jud. Buzău; I. C. Brătianu jud. Brăila; Voloca judeţul Cernăuţi; Paris jud. Cetatea Albă; Căpuşul Mare jud. Cluj; I. G. Duca jud. Constanţa; Oltina jud. Constanţa; Murgaş jud. Dolj; Simeria jud. Hunedoara; Popeşti jud. Iaşi; Durleşti jud. Lăpuşna; I. G. Duca jud. Mehedinţi; Tâmna jud. Mehedinţi; Săumaş jud Mureş; Spineni jud. Olt; Valea Mare jud. Olt; Şoimari jud. Prahova; Brodina jud. Rădăuţi; Halmeu jud. Satu-Mare; Cornereva jud. Severin; Ghizdita jud. Soroca; Buia jud. Târnava-Mare; Dorobanţu jud. Teleorman; Ceanul Mare jud. Turda; Avram Iancu jud. Turda; Lupşa jud. Turda; Griviţa jud. Tutova; Glăvile jud. Vâlcea; Popeşti jud. Vâlcea.

Domnii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului sănătăţii şi asistenţii sociale, în termen de 30 zile dela înserarea prezentei publicaţii în Monitorul Oficial, adică până în ziua de 2 Februarie 1939.

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

•

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII

2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

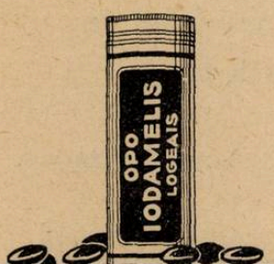
DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

•

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•



FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

In comprimate drageifiate

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

O nouă lucrare a D-lui Dr. Gh. Banu: «L'Hygiène de la race»

D. dr. *G. Banu* a dat la iveală, recent, o nouă lucrare, de proporţii importante şi bazată pe o considerabilă documentare:

«L'Hygiène de la Race, Etude de biologie héréditaire et de normalisation de la race».

Volumul de format mare, cuprinzând 400 de pagini, se deschide cu următoarea introducere a d-lui dr. Gh. Banu:

«Medicina şi igiena socială actuală converg spre redresarea biologică şi integrală a populaţiilor, adică spre igiena raselor omeneşti. Aceasta urmăreşte predominarea tipului cel mai perfect, îndepărtând metodic şi progresiv pe defectivii cari compromit valoarea iniţială a rasei.

Publicând lucrarea de faţă, pe care am bazat-o pe o documentare minuţioasă, am urmărit un scop, primordial după părerea noastră să arătăm că igiena rasei transpune, pe un plan mai larg, şi utilizând mijloace mai eficace, obiectivele eugeniei.

«Igiena rasei, întocmai ca şi eugenia creată de Galton, tinde să elimine din colectivitate non-valorile (elementele disgenice), să recupereze valorile biologice temporar deficiente (bolnavi atinşi de turburări acute sau cronice) şi, în fine, să aplice măsurile capabile de a salva şi a mări valoarea indivizilor normali ai colectivităţii (măsuri sociale, biologico-sociale, economice, fiscale, educative, administrative).

«Bine înţeles, astăzi nu mai întâlnim grupe rasiale pure. Dar importanţa acestui fapt nu trebue să o exagerăm, nici pentru biolog, nici pentru demograf. Normalizarea biologică trebue aplicată *etniilor* (naţiunilor), singurele entităţi concrete actuale, şi în interiorul fiecărei etnii, sforţările vor merge spre grupul etnic cel mai numeros, care, prin însuşi acest fapt, este depozitarul calităţilor inalterabile ale rasei originare.

Măsurile de normalizare biologică au caracter de universalitate; într'adevăr, valoarea şi aplicarea lor sunt generale.

Spre a nu cădea într'un empirism nefast, este necesar studiul, din punct de vedere cantitativ ca şi calitativ, al colectivităţilor, adică al însuşi obiectului normalizării biologice. De aceea am consacrat un capitol vast, demografiei. Am reunit în el toate datele literaturii referitoare la acest subiect, şi am sintetizat aspectele statice şi dinamice ale populaţiei diverselor ţări. Din câte ştim lucrarea de faţă este prima care a reunit aceste elemente de justificare a măsurilor de igienă a rasei, [illegible] atenţie cuvenită ereditătii, adică celuilalt element fundamental care explică şi justifică igiena rasei. Ar fi fost de prisos, în cadrul acestei lucrări, să redăm vastul capitol de biologie generală a ereditătii; dar am utilizat toate datele, cercetările şi experienţele în stare să îndrume un program de aplicare tactică. Am stăruit asupra studiului biologico-ereditar al diverselor grupe de populaţie, asupra modalităţilor eredităţii la om şi exemplelor lor concrete, asupra rolului medicului şi a medicului specialist în acest domeniu, asupra tipurilor constituţionale, şi asupra pronosticului ereditar dedus din cercetările în serie.

«Studiul amănunţit al demografiei colectivităţilor şi al eredităţii ne-a îngăduit să sistematizăm într'un ansamblu, adaptat scopului, măsurile de redresare biologică. Acestea le-am dedus din experienţele trecutului, dar mai cu seamă din înfăptuirile recente, grandioase adesea, din câteva ţări. Legislaţia relativă la sterilizarea preventivă, la certificatul medical prenuptial, la problema raţionalizării naşterilor, la măsurile economice şi fiscale cari tind să se generalizeze tot mai mult, în fine la igiena mintală, a fost studiată amănunţit, şi am făcut să reiasă peste tot necesitatea unei politici *dirijate* pentru ridicarea biologică a colectivităţilor omeneşti.

«Problemele de eugenie, rasă şi ereditate ne-au preocupat de mult timp. Suntem convinşi că soluţionarea lor, în spirit strict ştiinţific şi independent de orice conjunctură politică stă la baza medicinei preventive. Aceste probleme au fost studiate în câteva din lucrările noastre anterioare şi mai ales în tratatele următoare: «*L'Hygiene sociale de L'Enfance*»; «*Mari probleme de medicină socială*». «Revista de igienă socială» acordă o mare atenţie igienei rasei.

«Studii fragmentare, în afară de ale noastre au apărut, sub formă de articole, în diverse periodice. Dar lipsea o lucrare de ansamblu, al cărei folos este cu atât mai mare cu cât din ce în ce devine mai viu interesul acordat problemelor de rasă şi eugenie.

«Pentru a umple această lacună, am publicat lucrarea de faţă».

Curs de microscopie, microfotografie, colorimetrie, etc.

Institutul de microscopie ştiinţifică şi optică aplicată al Universităţii din Jena, Germania, împreună cu casa Carl Zeiss, Jena, organizează între 27 Martie şi 1 Aprilie 1939 un curs de microscopie, microfotografie, microcinematografie precum şi pentru lucrări cu micromanipulatorul şi microscopul de luminiscenţă. Cursul cuprinde pe lângă conferinţe şi demonstraţiuni referitoare la aplicarea în medicină şi biologie a colorimetriei, interferometriei şi analizelor spectrale. Conferinţele vor fi ţinute de Profesori cunoscuţi, autori de metode optice de cercetare.

Participanţii cursului au ocazie de a lucra practic cu aparatele respective sub asistenţa specialiştilor Institutului de microscopie şi casei Carl Zeiss.

Programul complect al cursului se poate pune la dispoziţia medicilor cari doresc să-l urmeze, prin casa Carl Zeiss, Jena, resp. reprezentanţa sa generală pentru România, Societatea Anonimă de Agentură, Comision şi Import, fost Otto & Alfred Herzog, Bucureşti I, B-dul Carol I, 48.

Cursuri de Psihiatrie pentru internii şi externii spitalelor din Bucureşti

Deoarece internii şi externii spitalelor din Bucureşti sunt în imposibilitate să urmeze lecţiunile de Psihiatrie cari se fac, în zilele de lucru, s'a organizat pentru această categorie de studenţi ai anului al VI-lea, o serie de cursuri rezumative cari se vor ţine după următorul program:

Duminecă 29 Ianuarie: Sifilisul nervos şi Paralizia generală.

Duminecă 5 Februarie: Tratamentul actual al Paraliziei generale.

Duminecă 19 Februarie: Confuzia mintală, Psihozele de etiologie toxică şi infecţioasă.

Duminecă 26 Februarie: Epilepsiile.

Duminecă 12 Martie: Psihozele maniaco-depresive, Ciclofreniile.

Duminecă 19 Martie: Schizofrenia.

Duminecă 26 Martie: Parafrenia şi Paranoia.

Duminecă 30 Aprilie: Encefalita letargică; Oligofreniile.

Duminecă 7 Mai: Alcoolismul; Pelagra.

Duminecă 14 Mai: Senilitatea.

Lecţiunile se vor ţine de d-l profesor dr. *P. Tomescu*, la ora 10 dimineaţa, la Spitalul Central de boale mintale şi nervoase (Autobus 38).

BIBLIOGRAFIE

Formulele chininei, Chinshona Institut Amsterdam-W 1938.

Tratează înainte de toate acţiunea chininei ca tonic, anestezic şi antipiretic, având un tablou al grupărilor de afecţiuni şi maladii individuale în ordine alfabetică, la care chinina a fost întrebuinţată cu succes. Deasemenea se găsesc la sfârşitul broşurei capitole despre: a) Idiosincrazie chininică; b) compuşii principali ai chininei şi chinidinei; c) intoleranţa chininei faţă de alte substanţe.

Această broşură se va trimite gratuit tuturor medicilor cari o vor cere la adresa: Cinchona-Institut Postbus 215 Amsterdam W.

BIBLIOGRAFII

Igiena pentru cursul superior liceal de băeţi şi fete, de Agregat Dr. Andrei Trosc. Editura lucrătorii Asociaţi, Iaşi.

Manualul de Igienă al d-lui dr. Trosc este rezultatul a 19 ani de experienţă pedagogică, în calitatea sa de medic şi profesor de igienă la Liceul Internat C. Negruzzi din Iaşi. Pentru a sublinia valoarea sa didactică, reproducem în întregime prefaţa volumului, scrisă de d. profesor Gracoschi, Decanul Facultăţei de Medicină din Iaşi. «Sunt fericit că pot să scriu această prefaţă a manualului de Igienă pentru clasa VIII-a liceală al d-lui agregat dr. Trosc. In adevăr, modul de a trata chestiunile de igienă pentru uzul elevilor şi elevelor de liceu de către d. dr. Trosc iese din comun şi perzintă o notă pe cât de nouă pe atât de folositoare tinerilor generaţii. Toate chestiunile cuprinse în programul analitic sunt tratate pe cât de larg şi documentat, pe atât de luminos şi limpede, de natură a reţine atenţiunea şi a se întipări adânc în memoria elevilor, aceştia luând cu sine, eşind de pe băncile şcoalei, învăţăminte cari le vor fi de cel mai mare folos pentru restul vieţei, arătându-le calea, potrivit căreia să-şi întocmească felul de viaţă, în aşa fel în cât să ocolească boala şi să păstreze sănătatea bun a cărei însemnătate cei mai mulţi o nesocotesc. O inovaţie asupra căreia nu mă pot opri să stărui, dată fiind marea ei însemnătate, este capitolul privitor la îngrijirile mamei şi ale pruncului. Sănătatea pruncului fiind în cea mai întinsă legătură cu acea a mamei, este natural ca să se arate îngrijirile de care are nevoe o mamă în timpul sarcinei şi alăptărei. Pe de altă parte, mortalitatea îngrozitoare care bântue printre copii în vârstă, până la unu jumătate ani şi care reprezintă aproape un sfert din mortalitatea generală a ţărei şi care este aproape exclusiv datorită necunoaşterei îngrijirilor ce trebuesc date pruncilor, trebuia semnalată celor care sunt menite a fi viitoare mame, să le atragă atenţiunea de pe acum asupra acestei adevărate plăgi naţionale.

Die hypertonie des innere Blasensphincters (Hipertonia sfincterului vezical intern), von Prof, Dr. Hans Rubritius, Wien. 1 vol 22 pag. *Verlag G. Thieme,* Leipzig, 1938. Reprezentant pentru România librăria *H. Welther,* Sibiu, str. Regina Maria Nr. 28.

In colecţia condusă de profesorul Boeminghaus: «Urologia în monografii», profesorul Hans Rubritius publică un interesant opuscul asupra hipertoniei sfincterului vezical intern.

Această afecţiune poate avea în primul rând o origine centrală (spinală). Ea poate fi de asemeni determinată de o alteraţiune morfologică locală sau de hipertrofia prostatei. Cât despre hipertoniile idiopatice, etiologia lor este foarte imprecisă.

Simptomatologia afecţiunei este foarte asemănătoare tabloului clinic al hipertrofiei prostatei.

Tratamentul chirurgical se reduce la două metode: secţionarea conexiunilor nervoase şi intervenţiile pe sfincter însuşi. Acest ultim procedeu cuprinde extirparea totală a colului vezical după Marion, electromia transuretrală şi operaţia lui Rubritius.

Hipertonia sfincterului vezical intern se întâlneşte aproape exclusiv numai la bărbaţi.

Tuberculose et médecine sociale, par Étienne Bernard, Professeur agrégé à la Faculté de médecine. Médecin de la Salpêtrière. Préface du Professeur F. Bezançon. Un volum de 160 pag. cu 4 figuri, 36 fr.

Lupta antituberculoasă a devenit aproape pretutindeni o operă de apărare naţională.

Autorul arată tabloul acestui flagel social şi cum medicina socială poate, prin desvoltarea ei, să poată să facă ca toată colectivităţile să beneficieze de binefacerile asistenţei şi de progresele ştiinţei.

Lupta trebue să se orienteze către o profilaxie a grupărilor sistematic supraveghiate: Depistaj precoce a leziunilor nebănuite graţie examenelor radiologice în serie şi a corolarului său: tratamentul precoce; diagnosticul primoinfecţiunei cu cutireacţiune larg răspândită şi frecvent făcută şi colorarul său: convalescenţa acestei primoinfecţiuni, chiar dacă nu a fost însoţită de fenomene morbid flagrante.

O vie lumină este proectată asupra tuturor acestor probleme abordate sub dubla faţă a clinicei ftiziologice şi a maladiei sociale.

Rezumat al cursurilor pe cari autorul, în calitate de profesor la şcoala de moaşe din Oradea, le ţine de 25 ani cu elevele acestei şcoli. Vederi noui şi moderne au fost introduse în învăţământul moşitului, iar prin aplicarea lor practică de către aceşti auxiliari medicali se aduce o contribuţie efectivă în combaterea mortalităţei mamelor şi noilor născuţi.

Gefäss-störungen der Gliedmassen. (Turburările vasculare ale membrelor). Eine Darstellung für practische Ärzte und Studierande. (O expunere pentru medicii practicieni şi studenţi) von Thomas Lewis. Ubersetz von Dr. Med. W. Hess Mit einem Geleitwort von Professor Dr. F. Volhard. 1 vol. 112 pag. şi 5 figuri. *Georg Thieme, Verlag,* Leipzig, 1938. RM. 6. Reprezentant pentru România, librăria medicală *H. Welther,* Sibiu, str. Regina Maria N. 28.

Ca şi precedenta monografie (apărută acum doi ani) asupra boalelor cordului, lucrarea de faţă a eminentului clinician englez Thomas Lewis se distinge prin claritatea expunerii, rigurozitatea concluziunilor şi marea simplicitate a mijloacelor de cercetare.

Lucrarea cuprinde următoarele capitole:

I) Circulaţia sângelui în membre şi explorarea ei (reacţiuni generale şi locale; metodele de examinare ale debitului circulator; temperatura şi coloraţia pielei, cu relaţiunile şi modalităţile lor; metodele de examinare ale arterelor şi venelor şi ale nervilor vaso-motori).

II) Urmările întreruperii temporare şi definitive a circulaţiei.

III) Embolia şi tromboza principalelor artere.

IV) Contractura post-ischemică; claudicaţia intermitentă.

V) Arterioscleroza; thrombangitis obliterans.

VI) Vaso-constricţiunea. Spasme arteriale locale.

VII) Boala lui Raynaud.

VIII) Gangrena.

IX) Vaso-dilataţia; roşirea pielei.

X) Turburări vasculare în boalele sistemului nervos.

Terapeutica diverselor afecţiuni este expusă amănunţit.

Abortive Poliomyelitis. Rein abortive nichtparentische Formen der Heine-Madin'schen Krankeit von Dr. med. Otto Gsell, Chefarzt der medizinischen Abteilung am Kantonsspital St. Gallen (Schweiz). 1 vol. 94 pag. *Georg Thieme Verlag.* Leipzig. 1938 RM. 6 70 (cartonat). Reprezentant pentru România, librăria medicală *H. Welther* Sibiu, str. Regina Maria No. 28.

In ultimii 40 de ani, poliomielita a devenit foarte frecventă, manifestându-se în toate continentele sub o formă epidemică tipică. Concomitent cu extinderea epidemiilor, tabloul clinic al boalei lui Heine-Medin a suferit modificări apreciabile. Din diversele ţări se anunţă o înmulţire a formelor abortive, constituind aşa zisa «poliomielită fără paralizie».

Cunoaşterea poliomielitei abortive este indispensabilă medicului practician, diagnosticul precoce al acestei forme fiind în genere delicat; iar o anumită întârziere în aplicarea măsurilor terapeutice şi profilactice reprezentând un adevărat pericol social.

Autorul distinge două mari forme clinice de poliomielită abortivă: poliomielita pur abortivă (fără participarea sistemului nervos central) şi poliomielita ne paretică cu subdiviziunile: poliomielita meningitică şi nevritică.

Problema este tratată metodic şi complect, însoţită de bogate referinţe bibliografice.

NOTIȚE TERAPEUTICE

Noi rezultate ale încercărilor de profilaxie ale infecțiunei puerperale la clinica Baudelocque*)

de M. LACOMME

Experiențele începute cu chlorhidratul de sulfamido-chrysoidină au fost continuate înlocuindu se însă acest produs cu Carboxy-sulfamido-chriysoidină.[1]) Pe când primul a fost administrat în doze zilnice de 2 grame, cel de al doilea era dat numai în doze de 1 gr. 60.[2])

Experiența și-a păstrat caracterul ei profilactic fiindcă fiecare femeie a primit timp de 5 zile începând din ziua internării ei o doză totală de 8 gr. carboxi-sulfamido-chrysoidină.

Infecțiunile benigne: aceste infecțiuni reprezentând majoritatea cazurilor patologice, au fost cât se poate de bine influențate prin metoda profilactică chimio-terapeutică. Numărul lor de 213‰ a scăzut la 132‰, ceeace reprezintă scăderea remarcabilă de 81% față de anii în cari această metodă nu a fost încă întrebuințată. Importanța acestor cazuri se traduce prin faptul că explicația lor este de cele mai dese ori foarte nesigură.

Flebitele: cu toate că numărul lor crește față de alți ani, ceeace însă autorul pune pe seama unei periodicități fatale; observată și în alte instituții de maternitate, totuși se remarcă o modificare favorabilă a tabloului clinic sub influența chimio-terapiei profilactice în sensul unei ameliorări foarte însemnată a cazurilor cari evoluiază ca simple flebite cu manifestațiuni infecțioase foarte reduse.

Infecțiuni mortale: mortalitatea în urma infecțiunei puerperale francă în anii precedenți a fost în medie de 1,53‰, ceeace reprezintă în raport cu femeile internate 3 până a 6 decese pe an; o cifră identică avem și în alte servicii de maternitate (spitalul Saint-Antoine, 1,5‰). In anul 1936 precum și în primele luni ale anului 1937, cifra de mortalitate a scăzut la 0, denotând un rezultat cât se poate de favorabil pentru experiența întreprinsă.

Infecțiuni grave nemortale: numărul mediu de 8,9‰ scade la 2,4‰, ținând seama că chiar în anul cel mai favorabil din perioada dela 1926 până la 34 cifra cea mai favorabilă a fost de 5,87‰ (1928), iar cea mai defavorabilă 14,12‰ (1933). Deasemeni gravitatea infecțiunilor este mult redusă prin faptul că nici un caz nu a evoluat sub formă septicemică sau pioemică. Fiecare bolnavă avea o medie de 9 zile febrile și 23 de zile de spitalizare pe când în anii precedenți aveau 16—26 zile febrile și 25—36 zile de spitalizare.

Autorul ajunge la concluzia că preveniția infecțiunilor puerperale prin carboxi-sulfamido-chrisoidină a făcut un progres foarte important din punctul de vedere atât al numărului infecțiunilor grave (septicemie) cât și al gravității lor, letalitatea scăzând la 0.

Luând parte la discuția acestor rezultate:

M. Lantuéjol, din clinica Tarnier, relevă și el importanța chimio-terapiei preventive față de metodele profilactice azi delăsate, seroterapia preventivă, vaccinațiuni, etc. și bazat pe starea sanitară excelentă al clinicei Tarnier cade de acord cu autorul.

Loirier, în urma experiențelor sale personale (2000 cazuri observate în 7 luni) ajunge la următoarea concluzie: aspectul cu totul schimbat al serviciului de izolare, care nu mai conține decât cazuri febrile cu o evoluție extrem de benignă, mărirea numărului cazurilor de flebite însă de o gravitate cât se poate de redusă, chiar fruste **și nici un incident ori cât de ușor care să traducă vre-o acțiune toxică din partea produsului.**

*) *Buletin de la Société d'Obstetrique et de Gynéco. cologie de Paris, ședința din 7 Iunie 1937, (No. 6 Iunie 1937, vol. 26).*

1) *Produsul care corespunde formulei carboxy-sulfamido-crisoidină, este Rubiazol Dr. Roussel.*

2) *Posibilitatea reducerii cantitative al acestui medicament traduce o eficacitate terapeutică mărită a Rubizolului.*

RUBIAZOL (carboxi-sulfamido chrisoidină) comprimate de 0.20 gr. și fiole de 5 cc în soluție de 5% conținând 0,25 gr. principiu actiu.

Rubiazol fiole este singurul produs în concentrația forte de 5%.

Indicațiuni: tratamentul preventiv și curativ al streptococilor și stafilococilor:

erisipel, septicemii, gripe, infecțiuni puerperale (post partum, post avortum), peritonite, endometrite, anexite, flebite, angine și complicațiile lor, scarlatină, pojar, strepto difterie, etc.

Posologie: comprimate, preventiv: 4—12 comprimate pe zi;

curativ: 8—12 comprimate pe zi, care doză poate fi mărită după gravitatea cazurilor până la 15—20 comprimate pe zi. Sugaci și copii 1—4 comprimate pe zi.

Comprimatele se iau cu jumătate pahar apă.

Fiole: injecțiuni intramusculare cu 2—3 fiole pe zi pentru adulți și ½—1 fiole pe zi pentru copii.

Tratamentul se continuă în doze descrescânde încă câteva zile după vindecarea aparentă a infecțiunei pentru a evita eventualele recidive.

COLLUBIAZOL. Produs nou (soluție hidro glicerinată de Rubiazol 5%).

Indicațiuni: Tratamentul specific local al infecțiunilor streptococice ale mucoaselor:

Infecțiuni ginecologice: vaginite, cervicite, ulcerațiunile colului.

Infecțiuni naso-faringiene, angine eritematoase, supurate, pseudo-membranoase, strepto difterice, etc., rino faringite stomatice, gingivite.

Modul de întrebuințare:

badijonări ginecologice:

spălături vaginale: o lingură de supă la 1 litru apă;

gargarisme: o linguriță la ½ pahar apă călduță de 4—6 ori pe zi.

badijonări faringiene: de 2—3 ori pe zi;

instilațiuni nasale: 2—3 picături în fiecare nară.

Pentru ori ce cereri de eșantioane și literatură:

Laboratorul Farmaceutic

«Luteția» S. A. R.

— 103 str. Toamnei — București III,

Tel. 2.21.38.

NOTE TERAPEUTICE

Influenţarea varicelor prin vitamina B_1.

Dr. E. Krieg, Freiburg i. Br.
(Ref. după Münch. med. Wschr, 1936, No. 1).

Cu totul întâmplător, în timp ce trata cu Betaxin o bolnavă cu dureri violente de varice şi pe-o alta bolnavă cu artrită deformantă, *Krieg* a putut să constate nu numai o dispariţie a durerilor, ci şi o micşorare a varicelor de care sufereau amândouă. Aceasta l-a îndemnat să examineze mai departe aceste rezultate, la 35 varicoşi. Din cercetările făcute s'au putut constata următoarele:

1) Pacient de 60 de ani; de 20 de ani varice la ambele membre inferioare, având o reţea groasă de vine, turburări cardiace şi edeme la nivelul gambei în fiecare seară. După injecţia de 6 mgr. Betaxin edemul seral al feselor şi al varicelor cedează. Circonferinţa fesei cu 1,50 cm. mai mică, iar în acelaş timp eliminarea de urină mai mare. Bolnavul merge mai uşor şi mai mult; durerile, care odinioară erau foarte intense, mai cu seamă la schimbări atmosferice, dispar cu desăvârşire. Starea generală mai bună 8 zile după încetarea tratamentului cu vitamină, varicele se umflă din nou dar flebalgiile nu se manifestă. Alte 6 mg. Betaxin; nu mai vine la tratament.

2. Pacientă de 36 ani, de 5 ani varice progresive mai mult superficiale în ambele cavităţi ale genunchilor flebalgii. După injecţia de 6 mgr. Betaxin durerile dispar, vinele sunt mai contractate. După o pauză de 14 zile apar din nou, fără flebalgii. Timp de o săptămână 3 mgr. Betaxin per os, a 2-a săptămână zilnic. 2 mgr. apoi 1 mgr. pe zi. Se obţine astfel o diminuare a varicelor, care se menţine prin doze săptămânale de 3—4 mgr.

3. Pacientă de 60 ani. Din tinereţe suferă de varice noduroase la ambele picioare. După 12 mgr. Betaxin (injecţii) varicele au regresat, dilataţiile glomeruloase se netezesc în parte. Rezultatul durează 6 săptămâni fără să se observe un regres.

4. E., pacientă de 31 ani. Dela a 2-a naştere varice în ambele picioare care se agravează în timpul unei a 3-lea sarcini. Acum, 1/4 de an după naştere turburări grave, însoţite de o stază a gambelor. După o injecţie de 6 mgr. Betaxin un se înregistrează o modificare o nouă doză, de 10 mgr. Betaxin per os (de 3 ori pe zi 1 tabletă) înlătură durerile. Gambele nu se mai umflă, varicele sunt contractate. Fără a se mai administra vitamină, această stare durează de 5 săptămâni.

5. Pacientă de 31 ani. In urma a 2 sarcini capătă varice. După injecţia a 12 mgr. Betaxin (la 2 zile 1 injecţie) bolnava poate să umble şi să stea fără flebalgii chinuitoare. Venele nu s'au modificat în măsură considerabilă. 6 săptămâni după terminarea curei de Betaxin se înregistrează din nou flebalgii. 2 injecţiuni de 2 mgr. Betaxin pe săptămână, fac să dispară durerile.

6. Pacient de 31 ani. De 5 ani varice progresive în fesă şi în gambă cu dureri considerabile uneori. Per os 3×pe zi 1 mg. Betaxin. In cursul primelor 2 zile creşterea durerilor, apoi ameliorarea şi contracţiunea venelor. Senzaţia de presiune dispare, pacientul poate să stea şi să umble mai îndelungat. Starea pacientului se menţine bună prin administrare fracţionată de Betaxin per os în doze de circa 2—4 mgr. săptămânal.

7. Pacient de 57 ani. De 1 an în gambe stază de natură varicoasă cu fenomene de flebită profundă latentă. Vasolabilitate generală, hipotensiune. După 3 injecţii Betaxin forte (30 mgr. diureză mai bună, creşterea tensiunei diminuarea edemelor pe fesă circonferinţa devenind mai mică cu 1 cmc. Punctele dureroase ale venei tibiale anterioare au dispărut. Rezultatul este durabil.

8. Pacientă de 30 ani. De trei ani varice cu dermatoză congestivă secundară. 3 săptămâni dearândul de 3 ori Betaxin per os, câte 1 mgr. Flebalgiile dispar după 6 zile, congestia gambei inferioare se diminuează, varicele sunt mai puţin proeminente. După 3 săptămâni dermatoza se vindecă fără terapie locală.

9. Pacientă de 30 ani. De 2 ani varice superficiale pe fesa stângă de ½ au flebalgii, mai cu seamă în timpul menstruaţiei. Zilnic de 2 ori, după 14 zile zilnic 1×1 mgr. Betaxin per os. După 6 săptămâni durerile varicelor, precum şi coloraţiunea albastră dispare, durerile din timpul menstruaţiei dispar deasemenea. 12 săptămâni după încetarea tratamentului durerile au dispărut complect. Durata menstruaţiei s'a prelungit însă de ultimele două ori, cu 2 zile. Uşoară creştere a greutăţii. Bolnava ia săptămânal mici doze de Betaxin per os.

La 30 din 35 bolnavi s'au putut înlătura durerile datorite varicelor şi s'au ameliorat în primul rând flebalgiile. Ca rezultat secundar s'a observat de 5 ori o mai bună eliminare a urinei şi de 2 ori o creştere a tensiunei în hipotensiune. Micşorarea varicelor la circa 50% se datoreşte desigur unei contracţiuni a varicelor. (Aceasta s'a observat şi pe dosul mâini unde un vas de 2 m/m. s'a redus la dimensiunea unui fir de păr). Micşorarea varicelor s'a produs cam în a 6—10-a zi de tratament. Durata efectului produs de Betaxin este legată de durata de tratament. Se începe intramuscular cu 5—10 mgr. Betaxin la fiecare 2 zile. Dacă se observă o calmare a durerilor, se va trece la administrarea orală. I-a săptămână de 3 ori pe zi 1 mg. a 2-a de 2 ori pe zi 1 mgr. şi a 3-a săptămână odată pe zi. 1 mg. Eventuale carenţe de C se vor înlătura prin administrarea de vitamină C. Dacă se întrerupe tratamentul durerile se vor instala din nou după circa 6—12 zile, deşi într'o formă mai moderată. Dispar însă pentru multă vreme în special flebalgiile. O explicaţie suficientă a efectului vitaminei B_1, în varicoză nu se poate da încă.

Poate că se va putea evita formarea varicelor prin vitamina B_1, sau evoluţia lor va putea fi oprită, mai cu seamă în perioada de graviditate.

* * *

Cercetări clinice cu privire la Suprifen

Dr. A. Oberheide (Hameln) Clin. Chir. Rostock
(Ref. după Disertaţia Rostock 1937)

La 80 bolnavi diferiţi ,cercetaţi înainte şi după ce li se administrase Suprifen, s'a constatat în 85—90% din cazuri o creştere a numărului pulsaţiilor şi o mărire a tensiunii sanguine 20 de minute după ingerarea a 20 de picături din preparatul sus zis. Tensiunea sanguină atinge maxima după 30—50 minute şi se menţine la acest nivel 2—3 ore iar după cel târziu 10 ore revine la intensitatea iniţială. Creşterea maximă a tensiunei sistolice a fost de 20 m/m. Hg, cea diastolică s'a comportat variabil. Frecvenţa pulsului a crescut cu 15 bătăi în medie pe minut. La 3 bolnavi cu vicii grave ale cordului s'au manifestat efecte secundare mai accentuate, însoţite de agitaţie, tremurături, sudori şi în parte aritimie şi puls mai frecvent. Administrat pe cale intravenoasă Suprifenul dă aceleaşi rezultate într'un timp relativ mai scurt. Deoarece se preferă însă o influenţă continuă asupra tonusului circulaţiei periferice, administrarea intravenoasă este în genere de prisos. Deseori Suprifenul produce o dispoziţie mai neliniştită cu agitaţie motorică, valuri de căldură, precum şi o reducere a somnului. Ca domeniu de indicaţie, Superifenul se recomandă: pentru influenţare a insuficienţei vasculare, pentru prevenirea şi tratamentul colapsului postoperator, în profilaxia trombozei, hipertensiune în boli infecţioase şi după asemenea boli, pneumonii etc.

Domnii medici pot obţine specimene şi literatură asupra acestor preparate adresându-se la: «*Romigefa*» *S. A. R. Buc. I., Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.*

VIVOLEOL

UNTURA DE PEŞTE NATURALĂ SELECŢIONATĂ

Garantată activă şi bogată în vitamine
Factor antirachitic şi Factor de creştere
(Control biologic riguros)

RACHITISM
TURBURĂRI ALE CREŞTEREI
STĂRI DE DENUTRIŢIE
LIMFATISM — CONVALESCENŢĂ

Copii: 15 picături până la 1 sau 2 linguriţe de cafea, după etate.

Adulţi: 1 lingură de supă pe zi.

Eşantioane şi literatură

DROGUERIA «STANDARD», Strada Sf. Ionică 8, — Bucureşti.

Laboratoarele Dr - ZIZINE, 24, rue de Fécamp, PARIS (12e)

fabrica de produse chimice
gedeon richter s. a.

Str. Plantelor, 21

In pneumonii, bronchopneumonii și alte boli infecțioase:
Excitantul sistemului cardio-vascular

Adigan

Soluție — fiole pentru injecțiuni — tablete.
Un preparat de digitală, pur, precis titrat, eficace, inofensiv și netoxic.

Un singur mijloc pentru combaterea gripei și a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

Profilaxia și tratamentul infecțiunilor căilor respiratorii la adulți și la copii cu

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

pentru injecțiuni intramusculare.

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicațiuni pulmonare postoperatorii, etc., etc. !!

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2, BUCUREȘTI

Anul XVII, No. 4 — 10 Lei Exemplarul — 15 Februarie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNEA SIBIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
înscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Docent Dr. IULIU NITZULESCU: *Terapeutica şi profilaxia pelagrei.* 49

Dr. D. ZAMFIR: *Reacţiunile cutanate de origină digestivă şi reacţiunile digestive de origină cutanată* 51

ORGANIZAREA SANITARĂ

Prof. Dr. CONSTANTIN DANIEL: *Sănătatea satelor noastre* 55

Pagina

REVISTA CĂRŢILOR

Victor Heiser: «L'extraordinaire odyssée d'un médecin» recenzat de **Prof. Dr. P. Tomescu.** 57

Tratat de Istologie. — Technică. Citologie. Ţesuturi, de **Dr. Şerban Brătianu şi Dr. Virgil Anghelescu** recenzat de **Prof. Dr. I. T. Niculescu.** 56

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Programul sanitar al guvernului; Uniunea medicală Balcanică. . . 58

Pagina

Concurs de medic secundar; Zilele medicale din Bruxeles; Al XVI-lea Congres internaţional de hydrologie, climatologie şi geologie medicală; Noua lege a Asigurărilor Sociale 59

BIBLIOGRAFII

Les explorations fonctionnelles, par *Noël Fiessinger,* Masson et C-ie, éditers. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

Les hépatites, par *Maurice Loeper,* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60fr

In toate bolile infecţioase şi în răceli

OMNADIN

Determină o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului

Ambalaje de 1, 3, 12, 50, şi 100 fiole de 2 cmc.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic E. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

HORMONOTERAPIA MODERNA

HOGIVAL

Hormonul activ din foliculul matur.

Riguros titrat şi standardizat în Unit. şoareci (U. S.)

Tablete: 50, 100, 300 şi 1000 M. E. (U. S.)

Injecţii: 25, 100, 500 M. E. (U. S.) în soluţie apoasă; 1000, **10.000** şi **50.000** M. E. (U. S.) în soluţie oleoasă.

TRATAMENTUL ECONOMIC ŞI PRACTIC

Pentru cura rapidă de îngrăşare şi fortificare

BIROBIN

preparat organoterapic şi hematopoetic.

In comerţ: Flacoane cu 100 drageuri.

TRATAMENTUL HEMOROIZILOR

Nohaesa

POMADĂ ŞI SUPOSITORII
DUPĂ PROF. V. NOORDEN

NODOS HAEMOROIDALES SANAT

Inofensiv! Astrigent! Calmant! Desinfectant!

Specific prompt şi sigur pentru înlăturarea turburărilor climacterice

Menoktan

Conţine: Extract total de ovarii, Hormonul sexual femenin, theobromin, CALCIU salicilic, Albroman, papaverin hidrocloric.

In comerţ: Flacoane cu 50 drageuri.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

Cele 3 pudre Vasenol

pentru menţinerea sănătăţii pielei

Vasenolul, combinaţie biologic activă înrudită cu grăsimea şi lipoizi, este baza preparatelor VASENOL pentru îngrijirea pielei, prevenirea şi tratarea diverselor afecţiuni cutanate.

Conform experienţei şi declaraţiilor forurilor internaţionale pentru cercetările biologice ale ţesuturilor, acestea îndeplinesc toate cerinţele unui preparat modern pentru îngrijirea pielei.

Vasenol Pudră pentru copii.

Pentru îngrijirea pielei fragede a sugarului şi copilului mic. Profilaxia şi terapeutica lesiunilor şi iritaţiunilor pielei. Previne orice inflamaţiune a pielei.

Vasenol Pudră pentru corp.

Pentru toaleta zilnică a corpului şi pentru menţinerea pielei sănătoase. Împiedică iritaţii în regiunile corpului care transpiră mai abundent.

Vasenol Pudră pentru picioare

Pentru combaterea transpiraţiei la picioare, mâini, subţioare (Hyperhidrosis). Neutralizează produsele componente ale transpiraţiei picioarelor. Cel mai preferat mijloc pentru îngrijirea picioarelor la sport, turism, marşuri.

Depozitar: "Pharmag" S.A., Drogherie engros, Braşov, Str. Smârdan No. 5

Marca depusă la Berna No. 29615 din 1933.

Polimicrobien şi polivalent antigonococic. Vindecări în 92% din cazuri, (a se vedea congresul francez de Urologie. Oct. 1922. O. Doin edit. Paris, pag. 434). Aprob. de Academia de medicină din Paris (15. Fevr. 1923); autorizat de guvernul francez cu al 37-lea decret din 2 Mai 1923. Preparat la Facult. de Medicină Veterinară din Bucureşti * Autorizat de Ministerul Sănătăţei din România No. 106.365 din 1 Nov. 1929. Tratament al tuturor complicaţiunilor gonoreice, fie acute sau cronice, prin injecţiuni sub-cutane sau pe cale bucală.

ORCHITA GONOCOCICA ENDOMETRITA
ARTRITA « SALPINGITA
REUMATISM « SEPTICEMIE
OFTALMIA « OVARITA
PROSTATITA « ETC.

Acest Serum fiind polimicrobien se poate întrebuinţa şi în afecţiunile genitale unde nu se găsesc gonococi.
DOZA: Pentru adulţi şi adolescenţi 10 c.³ la fiecare 48 ore primele 3 injecţiuni: celelalte la 72 ore fiecare.
Rep. gen.: O.A.F. Bucureşti, str. Batiştei, 14

SERUM STERIAN

Marca preparatului

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţei

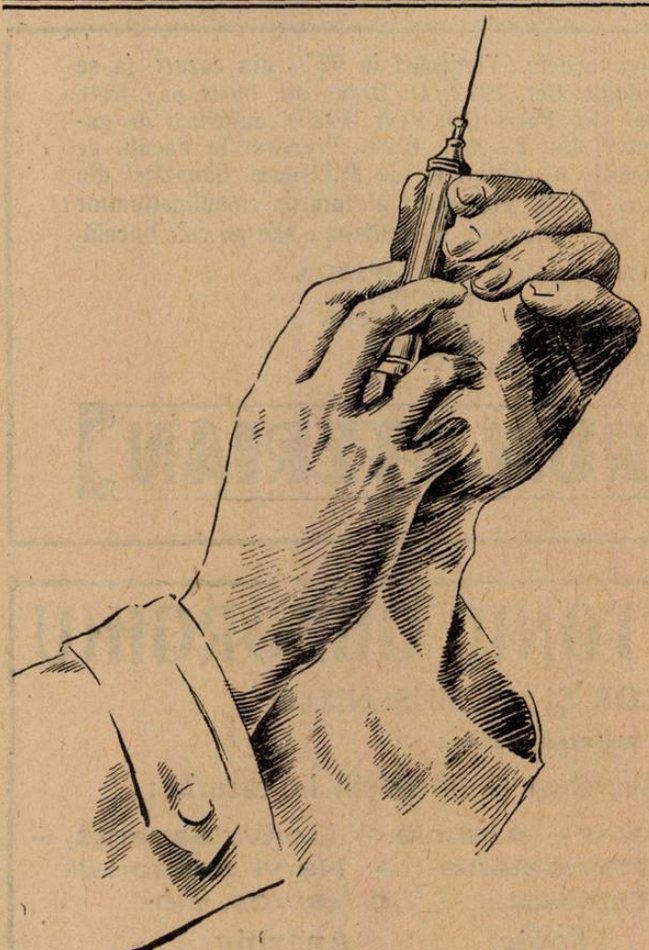
Apreciat de Domnii Medici Neurologi şi Internişti, în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă, — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. Insuficienţă sexuală, — Timiditate. — Tic Nervos, etc.

Reconfortant. **Reconstituant.** **Tonic.** **Aperitiv.**

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 linguriţe zilnic înaintea meselor.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu, 32 Tel. 5.51.51



Un adjuvant important în tratamentul
complicaţiilor blenoragice
la bărbat şi femee este

Gono-Yatren

Vaccin antigonococic într'o sol. de 3% Yatren.
Injecţiuni intravenoase şi intramusculare.

AMBALAJE ORIGINALE:
Cutie cu 6 fiole de 2½ cmc. / Flacon cu 25 cmc.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. Buc. I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86
Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 37-22.

Anul XVII. No. 4 10 Lei Exemplarul 15 Februarie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

TERAPEUTICA ŞI PROFILAXIA PELAGREI *)

de Docent Dr. IULIU NITZULESCU
De la Facultatea de medicină din Iaşi

Cercetările experimentale şi clinice recente au adus—fără îndoială — contribuţii însemnate în studiul pelagrei. Şcoala lui *Goldberger* crezuse chiar că a rezolvit în mod definitiv problema aceasta desbătută acum de mai bine de două sute de ani, admiţând existenţa unei avitaminoze specifice.

Dar, toate încercările de control clinice şi terapeutice n'au putut confirma în chip neîndoios aceste concluzii. Dacă azi putem afirma cu siguranţă că boala e datorită unei alimentaţiuni greşite — fapt, de altfel întrevăzut de *Stambio* senior de la 1786 când afirma că «la cattiva alimentazione, di tutte le cause e la precipua se non la sola» — totuşi teoria unei avitaminoze simple nu a putut încă fi pe deplin dovedită şi mai rămân încă multe puncte obscure până să putem înţelege bine cum ia naştere această boală.

Tot pe atât de nelămurită a rămas până acum problema unui tratament specific. Incercările terapeutice sunt şi mai anevoioase, prin faptul că boala are un mers cronic, insidios, cu oscilaţii neregulate, făcând astfel ca aprecierea activităţii diferitelor remedii încercate să rămână adesea iluzorie.

Se înţelege că o terapeutică nu poate fi instituită de cât atunci când am înţeles cauza şi procesele morbide care provoacă apariţia boalei. Să examinăm, deci — în primul loc — stadiul în care se găseşte azi problema etiologică şi patogenică a pelagrei.

Pentru ce aduce regimul alimentar al ţăranului nostru pelagra? Să fie pricina un element toxic, sau o carenţă sau mai degrabă o asociere a acestor două cauze? Poate că tocmai existenţa unei asemenea asocieri a îngreuiat şi derutat cercetările până în prezent; căutăm în zadar o cauză unică în loc să examinăm cu mai mare atenţie rolul important al unui desechilibru alimentar complex.

Nu mai încape îndoială că, cel puţin în regiunile pelagrogene, regimul alimentar al ţăranului român are multe cusururi. De multe ori se rezumă la un adevărat monofagism maidic. Defectele sale cele mi de căpătenie ar fi: insuficinţa proteinelor animale, a calciului, a alimentelor protectoare şi abuzul de glucide greu digestive şi fermentescibile. Insă factorul dominant, acela care pare a fi legat întotdeauna de pelagra endemică, rămâne păpuşoiul ,tot astfel cum beriberiul rămâne asociat neîndoios cu orezul.

Unii autori *(Stannus)* au protestat, ce-i drept, împotriva unei asemeni comparaţii, publicând observaţiuni de pelagră fără păpuşoi, Analogia rămâne totuşi sugestivă, căci dacă s'au descris, ce-i drept, şi cazuri de beriberi printre cei ce mănâncă grâu sau alte cereale, imensa majoritate a bolnavilor confirmă regula generală: beri-beri asociat orezului, pelagra asociată păpuşoiului.

E drept că aceste două sindrome pot fi obţinute prin diverse alte mijloace: *Lecoq* a obţinut de curând sindromul polinevritic, prin administrarea acidului lactic. Pelagra poate să apară ca o urmare a alcoolismului sau a unor grave maladii digestive (cancer) sau psihice; însă în majoritatea covârşitoare a cazurilor pelagra endemică rămâne fără îndoială legată întotdeauna de păpuşoi. Abuzul fierturei de făină de păpuşoi, fie ea mămăligă, polenta sau orice denumire, pare a realiza deci — în chipul cel mai uşor şi mai sigur — condiţiunile suspectibile de a favoriza apariţia boalei, precum abuzul de orez pare a fi în legătură cu apariţia polinevritei.

Din nefericire, nu suntem încă în stare de a preciza în ce constă aceste proprietăţi mai mult sau mai puţin specifice ale celor două cereale. Ideea unei toxicităţi speciale a evoluat odată cu starea în care se aflau cunoştinţele noastre, de la vechile ipoteze, ale lui *Billod* şi *Landouzy*, care admiteau rolul păpuşoiului stricat şi al toxinelor parazitare şi până la dieto-toxicele lui *Mouriquand* şi la toxinele lui *Mellamby*, care nu şi-ar exercita acţiunea lor de cât numai atunci când se găsesc în legătură cu un regim dezechilibrat, sau încă — după părerea lui *Mellamby* şi a d-rei *Chick* — în lipsa unei oare-care vitamine speciale. Dar până în ziua de azi nimeni n'a fost în stare să pună în evidenţă toxina sau toxamina pelagrogenă.

S'a discutat mult şi asupra originei digestive a pelagrei. Chiar noi, la Institutul de Higienă din Iaşi, am arătat importanţa pe care o au turburările digestive în pelagra activă. Am pus în evidenţă existenţa unor adevărate colite de fermentaţie, cu aciditate excesivă, precum şi a unor putrefacţii cu exces de amoniac, care — negreşit — produc însemnate rezorpţiuni toxice. De altfel achilia şi infecţiunea căilor digestive superioare, fuseseră de mult constatate de către *Lombroso* şi *Babeş*.

Turburările acestea trebue — fără îndoială — să joace un rol important în patogenia sindromului pelagros; dar sunt ele «primum movens», cauza iniţială, sau nu sunt altceva de cât nişte turburări secundare, determinate şi ele de alteraţiuni funcţionale, cum ar fi cele nervoase de pildă (care ar explica pelagra alienaţilor) sau chiar de alteraţiuni tisulare? Astfel *Voss* atrage atenţia asupra gastritei achilice, pe care o putem produce experimental la animale, prin administrări repetate de hystamină. Tot aşa explică el turburările gastrice care apar în cazul unei leziuni grave a pielei (arsuri) care pot da naştere la o producţie locală de histamină. Nu trebuie să uităm, că chiar în ce priveşte beriberi-ul s'au putut constata unele turburări digestive care erau şi dânsele odinioară considerate ca fiind cauza acestei boli şi care s'au dovedit apoi că nu erau de cât efectele ei de oarece dispar repede dacă administrăm vitamină B_1.

Ori-cum, după părerea mea, nu se poate considera pelagra ca fiind o simplă dispepsie cronică. Se pare de altfel că gastrita pelagroasă posedă unele caractere specifice: de pildă ea se deosebeşte de gastrita anemiei pernicioase, de vreme ce sucul gastric al pelagroşilor conţine încă factorul antianemic intrinsec al lui *Castle*.

Pentru a reveni la terapeutica şi la profilaxia pelagrei, se înţelege că fie care din teoriile etiologice îşi are şi consecinţa sa profilactică. *Lombroso* propunea ca să nu se mai consume de cât popuşoi nemucegait, *Wilson* să se sporească proteinele biologiceşte complecte, *Urbeanu* potasiul, *Goldberger* vitamina P-P sau alimentele care conţin această vitamină. In cazul când s'ar confirma importanţa unei carenţe a ferului, *Haţieganu* ar propune să se împartă fer la populaţiune, aşa cum se face astăzi cu io-

*) *După raportul prezentat la Congresul francez de medicină Marseille — Noembrie 1938.*

dul în ţinuturile cu ţuşaţi. *Smith* ar înlocui ferul cu acidul nicotinic, care — după părerea unor autori — nu ar fi altceva de cât însăşi vitamina P-P a lui Goldberger. *Goldberger* propunea în acelaş scop utilizarea drojdiei de bere.

El administra drojdia în doză de 30 grame pe zi, la pelagroşii ce se aflau internaţi în spital şi fusese impresionat de bunele rezultate pe care le obţinuse în chipul acesta; procentajul recidivelor primăvăratece ale eritemului, care era de obiceiu de 40%, se coborîse până la zero. Totuşi trebue să ţinem seama şi de faptul că, pe lângă administrarea drojdiei, se mai remaniase pe de-a întregul regimul alimentar al bolnavilor, astfel încât cu greu s'ar mai putea hotărî care este — într'un atare regim — factorul eficient.

Suntem de asemenea datori să citãm şi experienţele lui *Carley*, care alesese 31 de pelagroşi, cărora le-a dat drojdie timp de 13 luni în şir, lăsându-i totuşi — în acest răstimp — să lucreze şi să mânânce aşa cum le era obiceiul. In timp de mai bine de un an de zile, nu s'a putut constata nici o recidivă, pe când printre alţi bolnavi în număr de 137, care nu luaseră drojdie de cât numai 50 de zile de la începutul experienţei, 32 dintre ei, adică 24%, au prezentat recidive în primăvara următoare. Ne-am putea totuşi pune întrebarea, dacă bolnavii din prima categorie, care dăduseră medicilor concursul lor, timp aşa de îndelungat, nu ajunseră să şi modifice — ei singuri — în timpul tratamentului, măcar câtuşi de puţin regimul lor alimentar obicinuit.

Crucea Roşie americană a făcut o însemnată sforţare, distribuind mari cantităţi de drojdie de bere la populaţia pelagroasă. Dar, pe măsură ce s'au înmulţit observaţiile, s'a putut vedea că tratamentul acesta nu rămâne la înălţimea speranţelor care de la început se puseseră întrânsul. *Turner*, de pildă, cu toată administrarea drojdiei, n'a putut să împiedice să-i moară 25% din bolnavi internaţi pentru un prim atac de pelagră. Experienţele făcute de mine, pe când mă găseam în Statele Unite, n'au fost nici ele mai concludente: drojdia nu mi s'a părut că influenţează eritemul pelagros obişnuit nici celelalte turburări clinice, altfel sau în chip mai evident, decât celelalte tratamente obişnuite. La Spitalul Socola din Iaşi tratamentul cu drojdie urmărit de prof. *Ballif*, nu a putut reduce în mod simţitor procentul de mortalitate, care se observă de obicei. Astfel putem spune că eficacitatea profilactică şi terapeutică a drojdiei, cel puţin pentru dozele propuse de *Goldberger*, rămâne în discuţie.

De fapt toate tratamentele specifice ale pelagrei rămân încă nesigure. In raportul meu am insistat, că după cum prof. *Tomescu* şi colaboratorii săi au dovedit iarăşi de curând, eritemul pelagros nu este în măsură să indice începutul sau finitul boalei, care îşi continuă pe ascuns evoluţia, şi atunci când accidentele clinice aparente au dispărut. Aceste accidente acute ar putea prin urmare să fie considerate ca o manifestare clinică a boalei; tendinţa lor este de a se vindeca de la sine, şi de aceia oricare ar fi tratamentul aplicat în cursul evoluţiei lor, putem lesne înregistra succese iluzorii.

Consideraţiile acestea se aplică la toate remediile care au fost propuse până azi: arsenic, extract de ficat sau de mucoasa stomacală şi poate chiar la cel mai recent, la acidul nicotinic. Eficacitatea acestuia, după parerea autorilor americani este impresionantă mai cu seamă în ceeace priveşte accidentele mucoase bucale sau gastrointestinale. Totuşi *Schmidt şi Seidenstricker*, administrând acidul nicotinic de 2 ori pe săptămână în doze de 100 mgr., n'au putut obţine rezultate profilactice mulţumitoare. De asemenea, cele câteva încercări făcute la Iaşi, nu par nici ele să fi dat rezultate mai bune.

Prin urmare ne putem întreba dacă succesele publicate de diferiţi autori pot fi atribuite unei acţiuni cu adevărat specifice, sau dacă nu sunt altceva de cât rezultatul unei simple acţiuni mai restrânse, în stare să combată un număr oarecare din simptomele boalei. Se pare în orice caz, că extractul de ficat, sau de stomac, drojdia de bere, şi mai cu seamă asocierea tuturor acestora, aşa cum a făcut-o *Spies*, ar exercita în cazurile grave o acţiune favorabilă. Insă nici una din aceste substanţe nu a desiegat încă în momentul de faţă, în chip definitiv, problema tratamentului specific al pelagrei).

Iată-ne ajunşi la punctul al treilea al acestui studiu. Cu toate îndoelile pe care le-am arătat mai sus, pelagra rămâne totuşi o boală care se poate vindeca, afară numai dacă nu a ajuns la faza distrofică a leziunilor nere versibile, a căror importanţă a fost dovedită de *Mouriquand* pentru toate boalele de carenţă, şi asupra căreia a atras atenţia şi profesorul *Tomescu* în o publicaţie recentă.

In stadiul în care ne aflăm, azi, ne-ar fi mai uşor să prevenim pelagra, decât să o vindecăm. Profilaxia pelagrei e o problemă dietetică, dar mai ales privită din punct de vedere social, o problemă economică şi de educaţie.

Am amintit mai sus că boala endemică rămâne legată de abuzul de păpuşoi. In regiunea Landeză ea a dispărut de îndată ce populaţia a încetat de a mai consuma păpuşoi. In ţara noastră boala a apărut odată cu papuşoiul şi tot astfel a apărut şi la Bucureşti în timpul ocupaţiei germane. Masurile sistematice care s'au luat în Italia, cantine populare, brutării care distribue pane eftină pentru înlocuirea porumbului, au isbutit să scadă morbiditatea în chip impresionant.

Un regim variat şi lipsit de păpuşoi este în stare să suprime pelagra, cu toate că nu am putea spune încă exact care e modul său de acţiune. *Goldberger*, şi colaboratorii săi *Wheeler, Sebrell*, au studiat valoarea antipelagroasă, profilactică şi curativă a unui număr oarecare de alimente din cele mai obişnuite, şi au gasit ca printre cele mai active se află: laptele, carnea, ficatul, verdeţurile, pătlăgelele roşii şi varza. Aceşti autori socoteau că alimentele citate mai sus conţineau întrânsele factorul preventiv al pelagrei. Putem vedea că pâinea nu figurează printre ele şi se poate foarte bine ca numai digestibilitatea sa, care este mai bună decât a mămăligii, să fie cauza pentru care se ameliorează turburările digestive. Dacă am admite ipoteza unei toxine pelagrogene maidice, rolul pâinii, care ar fi lipsită de această substanţă, ar putea fi înţeles şi mai bine. S'ar putea încă şi ca ciclul proceselor metabolice determinate de alimentaţia cu grâu să necesite o cătime mai mică de factor specific P. P. decât ar cere păpuşoiul şi astfel un regim dezechilibrat sub raportul păpuşoiului ar deveni în cazul acesta cu uşurinţă pelagrogen.

Trebue de asemenea să băgăm de seamă că toate alimentele protectoare ale *lui Goldberger*, luate fiecare în parte, nu sunt active de cât numai cu condiţia de a fi zilnic consumate în cantităţi destul de mari: 1200 gr. pentru lapte sau pentru zeamă de pătlăgele roşii, 200 gr. pentru carne, 500 gr. pentru morcovi, 250 gr. pentru mazăre. Numai asocierea lor şi prin urmare varietatea regimului face ca utilizarea lor să fie practică şi deci mai uşor de realizat.

Eficacitatea schimbării de regim a fost dovedită de către *Goldberger*. *Spies* de curând a reuşit să vindece cazuri din cele mai grave de pelagră acută, cu ajutorul unui regim bogat şi supravegheat cu amănunţime. Nu trebue de altfel să uităm că o atare schimbarea de regim este în stare să combată tot aşa de bine atât pelagra cât şi celelalte defecte ale regimului pelagrogen, care deşi poate mai puţin manifeste, nu sunt mai puţin periculoase pentru viitorul populaţiei noastre.

AUROTERAPIA TUBERCULOZEI

ODETTE CÉAU

pe cale intravenoasă

CRISALBINE

TIOSULFAT DUBLU DE AUR ŞI DE SODIU

(37 °/₀ aur metal)

FIOLE DOZATE LA :

0,02 gr. • 0,05 gr. • 0,10 gr. • 0,15 gr.

0,20 gr. • 0,25 gr. • 0,35 gr. • 0,50 gr.

DE PRODUS PUR CRISTALIZAT

pe cale intramuschiulară

sau sub-cutanată

MYOCHRYSINE

AUROTIOMALAT DE SODIU

(50 °/₀ aur metal)

SOLUŢII APOASE-SUSPENSII OLEOASE

PENTRU FIECARE PREZENTARE :

FIOLE DOZATE LA : 0,01 gr. • 0,05 gr.

0,10 gr. • 0,20 gr. • 0,30 gr. • 0,50 gr.

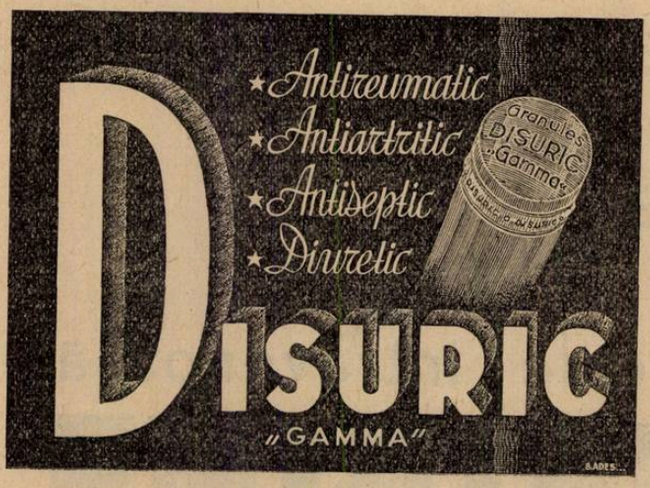
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.



Anemoton

„GAMMA"

TONIC RECONSTITUANT

ANEMIE

ASTENIE

INAPETENȚĂ

Silental

„GAMMA"

ELIXIR

NEUROSEDATIV

CARDIOTONIC

HIPOTENSIV

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

In concluzie vom putea spune că pentru a combate pelagra cu ajutorul unei ameliorări a regimului alimentar, este nevoie să ţinem seama de 2 elemente:

1) Să suprimăm sau cel puţin să micşorăm consumarea păpuşoiului, a mămăligei.

2) Să luptăm împotriva monotoniei regimului şi pentru consumarea mai raţională a alimentelor protectoare lapte, carne, legume, susceptibile de a corecta, carenţele alimentare ale păpuşoiului, şi chiar pe acelea ale pâinii şi de a furniza mineralele acizii, aminaţi, vitaminele indispensabile unei bune nutriţii şi poate chiar însăşi ipotetica vitamină antipelagroasă. Un asemenea regim va suprima abuzul de glucide precum şi fermentaţiile şi putrefacţiile care caracterizează evoluţia clinică a pelagrei.

Toate sforţările noastre trebue să tindă, deci, către schimbarea regimului alimentar. Ţăranul pelagros este cele mai de multe ori un om sărac iar regimul său alimentar este un regim de mizerie. Dar în afară de aceasta el este şi foarte neglijent şi ignorant şi nu se pricepe să tragă vreun folos mai mare din puţinul rod al muncii sale. Femeile nu se pricep la bucătărie, nu ştiu să prepare mâncări cât de simple. Cultura zarzavaturilor nu-i atrage şi sunt mulţumiţi să mânânce hrana lor monotonă pe care nu se silesc să o îmbunătăţească şi ale cărei efecte nenorocite ei nu le înţeleg. Obiceiul lor este de a duce spre vânzare la târgul cel mai apropiat produsele gospodăriei ouă, păsări, lăptărie.

Este deci necesar ca profilaxia pelagrei să fie spriijnită de o propagandă sistematică, de o educaţie menajeră, de cultura raţională a legumelor şi de sporirea producţiei şi a consumului laptelui şi a derivatelor sale, însfârşit şi mai ales, de micşorarea consumaţiei păpuşoiului şi de înlocuirea lui prin pâne.

Dar toate acestea reprezintă o mare sforţare de politică socială care nu este uşor de realizat. Până atunci, toţi câţi am văzut suferinţele şi descurajarea bolnavilor care vin la dispensarii, toţi care au urmărit evoluţia formelor grave ale diareei pelagroase nu pot decât să aştepte cu interes descoperirea unui leac specific chiar dacă acesta nu ar putea combate decât, aceste boale, în terapeutica acestei maladii.

De aceia aşteptăm cu nerăbdare să vedem până la ce punct se vor putea verifica rezultatele anunţate de autorii americani şi ne propunem să înscriem şi noi cât de curând acest medicament, care experimentează tratament cu acid nicotinic.

Reacţiunile cutanate de origină digestivă şi reacţiunile digestive de origină cutanată

(Urmare)

de Dr. D. ZAMFIR
Şeful Serv. I de boli interne
Spitalul Militar Central
«Regina Elisabeta»

Elementele minerale. Pielea conţine o mare rezervă de clorură de sodiu, care este evaluată la o treime din clorurul total al organismului într'un regim bogat în sare. Ea cuprinde un sfert din alimentaţia hipoclorurată. Hipercloruraţia la cifre de 15—20% măreşte receptivitatea pielii faţă de infecţii, toxina difterică, o hipersecreţie sudorală şi sebacee, cu o tendinţă la alopecie, etc.

Hipercloruraţia însoţeşte tuberculoza cutanată, maladia lui Duhring, pemphigusul. Această noţiune este la baza regimurilor hipoclorurate al lui *Gherson* şi *Sauerbruch* în tratamentul lupusului, în care a dat rezultate destul de concludente.

După *Danielopolu*, carenţa iodată provoacă o hyperplazie tiroidiană. glanda mărind armata de celule, dinaintea insuficienţei de muniţii pentru a furniza organului (tiroidei) cantitatea necesară de hormoni iodaţi. Administraţia de iod diminuă hiperplazia printr'un mecanism invers. Iodul într'adevăr scade volumul guşei simple. el diminuă fenomenele de hipertiroidie, administrat bine înţeles în cantităţi mici.

După *Durig*, diminuarea volumului corpului tiroid ar slăbi puterea de rezorbţie a pielii şi astfel alimentaţia bogată în iod (peştii de mare) ar mări puterea de vindecare faţă de inflamaţii.

Infecţiile alimentare.

Infecţiile alimentare pot determina turburări cutanate. In special febra tifoidă, infecţiile paratifice, holera se traduc prin eriteme variate. Febra aftoasă, tuberculoza aviară cu exantemul său, pot intra în acest grup. Se mai poate cita infecţiunea prin B. abortus a lui *Bang*, care se însoţesc de erupţiuni poliforfe *(Urbach, Giordano)*.

Toate aceste infe ţiuni sunt în legătură cu prezenţa în intestin de oaspeţi anormali, dar tulburări cutanate pot izbucni şi datorită oaspeţilor normali ai cavităţilor digestive, ca colibacilul, enterecocul. Aceşti microbi prin toxinele elaborate, favorizează fermentaţiile alimentelor şi reziduurilor lor, trecerea acestor substanţe toxice în circulaţie şi accidentele cutanate consecutive.

Intoxicaţiile alimentare. Se pot distinge cazuri de intoxicaţie produsă de toxine, introduse accidental de alimente. Intre acestea putem cita otrăvurile minerale ca: antimoniu, cupru, plumb şi mai ales arsenic. Laptele unei mame tratate prin arsenic, ar putea fi la origina unei urticarie sau exeme la unii sugaci.

Alcoolismul se însoţeşte de prurit dermografism, purpură *(Kreibich)*, pseudo-pelagra, mal perforant plantar nevritic *(Gelbjerg-Hansen)*.

Unii lapţi de peşte pot cauza în timpul primăverii, urticaria, oedemul lui *Quincke* ca şi turburări gastro-intestinale.

Ergotismul se manifestă prin parestezii, cianoză şi gangrene a extremităţilor.

Ustilaginismul lui *Mayerhofer*, provocat de făina de porumb, infectată de *Ustilago maidis*, determină la copii un prurit viu, desquamaţie palmoplantară, contracturi, acroparestezii, gangrene a extremităţilor. Se mai cunosc observaţii de exantem prin ingestie excesivă de *bomboane de eucalyptus*.

Mai numeroase sunt însă cazurile, unde un aliment obişnuit şi care este în mod normal bine tolerat, să provoace la unii indivizi accidente cutanate.

Aceste tulburări sunt datorite fermentaţiilor, în special microbiene, suferite de alimente în preparaţia lor ca şi unui factor individual, — sensibilitatea deosebită a individului.

Pe lângă intoleranţă individuală mai concură infecţiile alimentare, leziunile anterioare ale intestinului, ficatului, biotropismul, o stare de desechilibru endocrino-simpatic, etc.

Sunt numeroase alimentele care pot provoca aceste tulburări. Printre acestea putem enumera: peştii, crustaceii, cârnăţăria, moluscele, şocolata, făina, fasolea, vinul, cafeaua, etc. Accidentele cutanate consistă în special în urticarie şi diferite eriteme.

Intoxicaţiile medicamentoase. In ceiace priveşte medicamentele care sunt susceptibile de a produce vreo acţiune cutanată, se poate utiliza clasificaţia lui *Wise* şi *Sulzberger*, uşor modificată:

Eriteme simple sau eczematiforme: arsenic, beladonă, balsamice, cocaină, opiu şi derivatele lui, salolul.

Eriteme scarlatiniforme, morbiliforme, eritrodermii, arsenic, balsamice, barbiturice, metale grele.

Eriteme pigmentate fixe: antipirina, atofanul, barbituricele:

Eriteme nodoase: iod, brom.

Eriteme polimorfe: antipirină, fenolftaleină, salicilații.

Foliculite: brom, clor, iod.

Purpură: arsenic, balsamic, iod.

Urticarie: atropină, belladonă, morfină, fenolftaleină.

Pigmentații: argint, arsenic.

Alopecie: acetat de telium, eritrodermii medicamentoase.

Leziunile tubului digestiv: Diferite leziuni ale tubului digestiv se pot însoți de manifestații cutanate.

1. *Leziuni buco-faringee. Iperemii conjuctivială* a puseurilor dentare, lăcrămarea prin pulpită acută sau cronică, *midriază* de origină gingivo-dentară sau prin accidente, determinate de apariția dintelui de înțelepciune, *erytroza facială* a pioreii alveolo-dentară, *acnea rozacee,* acnea polimorfă juvenilă. Pelada poate fi provocată, după *Jacquet*, de un reflex de origină dentară.

Manteau citează cazuri de herpes după pansament dentar cu iodoform. Acidul arsenic poate fi la origina diverselor urticarii sau eczeme.

Infecțiile gingivo dentare pot fi un punct de plecare al manifestațiilor cutanate, prin embolii septice sau o cauză de agravare a dermatozelor ca eriteme, urticarii, eczeme, parakeratoze, eritem nodos, acnee, herpes, etc. *Desaux* incriminează un strepto-enterococ nehemolitic, izolat din gingia alăturată focarului infecțios.

Afecțiunile stomacului. Rozaceele, pruritul, urticaria, strofulusul, eczemele, etc. se însoțesc în 50—80% de hypo sau anaclorhidrii. Această stare gastrică ar favoriza infecțiile cutanate, ca acnee, piodermitele, furunculoza, pe când în hiperclorhidrie pielea ar arăta o rezistență destul de ridicată față de aceste infecții cutanate.

Hipoclorhidria favorizează fermentațiile gastrice și agravează staza prin elaborarea de substanțe toxice. In consecință, acidul clorhidric găsește o bună indicație în tratamentul intoxicațiilor de origină gastrică. *(Walsch, Lier* și *Porges).*

Dilatația stomacului predispune la aceleași dermatoze și în deosebi la seboree și acnee.

Leziunile mucoasei pot da naștere la diverse dermatoze.

Gastrita alcoolică ar favoriza formația unei anafilaxii alimentare gastrică.

Gastritele acute se pot însoți de herpes simplu, iar la examenul gastroscopic se pot constata ulcerațiuni herpetiforme *(Jenner).*

Ulcerul gastric favorizează tranzitul accelerat al alimentelor, cu trecerea prematură în intestin a proteinelor insuficient transformate, care pot juca un rol în geneza dermatozelor toxice.

Cancerul gastric poate provoca prurit, prurigo *(Rothmann, Meirowsky),* pigmentații parcelare, un impetigo herpetiform. In fazele mai înaintate ale maladiei, pielea ia o colorație galben pai și poate fi sediul de metastaze.

Cancerul digestiv și în special al stomacului, se poate însoți de *acantozis nigricans,* cu pigmentația sa brună, papilomatoză uscată împrejurul gâtului în deosebi, în axile, apoi în regiunea ano-genitală, plicele de flexiune.

Afecțiunile intestinului. Ele sunt la originea a numeroase dermatoze.

Lichidul intestinal își datorește cea mai mare parte din toxicitatea sa produselor de dezintregație a moleculelor albuminoase și mai ales acizilor aminați. Printre aceștia, histamina care derivă prin decarboxylație, din histidină, în mediu acid.

Histamina elaborată în intestin, sub acțiunea numerosilor microbi saprofiți și mai ales a colibacilului, traversează ca și celelalte polipeptide toxice, mucoasa intestinală cu atât mai mult dacă sunt leziuni intestinale anterioare, iritații toxice prin diferiți agenți ca alcool, cafeină, sarea, mustarul *(Vallery* și *Radot)* etc., orice cauză de stază ajută la această traversare: hernii, peri-apendicită, constipație, etc.

Ajunse la ficat, toxaminele suferă funcțiunile proteopexice și anti toxice a acestui organ și sunt neutralizate.

Dacă însă, activitatea ficatului este micșorată prin tulburări anterioare, infecțioase sau toxice, o parte din toxamine nu este fixată, depășește pragul scoborât a acestei activități insuficiente și pătrunde în circulația generală.

In circulația generală, toate substanțele toxice, cristaloide, sau coloide suferă un nou efort de neutralizație prin diluția plasmei interstițiale, inoxoseroză intra-vasculară.

Dacă însă un desechilibru endocrino-simpatic, un blocaj al sistemului reticulo-endotelial, micșorează activitatea și puterea acestei neutralizații, substanțele toxice ajung la diferite organe și în special la piele. Aici printr'un nou proces de dilatație, vaso-dilatație, apoi exoseroză intercelulară se ajunge la formația de urticarie, vezicule, de eczemă.

Intre tipurile de auto-intoxicație digestivă cele mai cunoscute putem cită: pruritele, eritrodermiile, hipersecreția sebacee și consecințele sale: seboreea, foliculite, acnee.

In parazitozele intestinale se pot elabora toxine, care difuzează în organism, provocând o eozinofilie sanguină și manifestații cutanate.

Platelminții și taenia în special dau numai o paloare anemică. Trihina poate realiza o dermato-miozită cu tumefacții nodulare, dureroase, în mușchii și oedeme cutanate locale, inflamatorii și chiar odeme mai întinse.

Ascaris lumbricoides poate provoca prurit anal, eriteme, urticarii *(Jacquet, Pentagra,* etc.), oedemul lui *Quinqe,* prurigo, etc.

Oxiurii produc un prurit anal complicat de piodemite, lichenificare, eczema.

Printre afecțiunile microbiene am tratat mai înainte despre acele datorite oaspeților anormali ai tubului digestiv și care se pot însoți de manifestații cutanate (febră tifoidă, holeră, etc.).

Dintre microbii normali ai intestinului putem număra două specii mai importante: colibacilul și enterococul.

Colibacilul a fost găsit în ulcerațiile dimprejurul fistulelor intestinale într'o gangrenă a organelor genitale, în papiloame, etc.

Sub acțiunea microbului, difuziunea toxinelor, modificațiilor mediului cutanat sau grație biotropismului, colibacilul poate provoca prurit, prurigo, herpes, eczema, eritem nodos, semnalate în timpul puseurilor de colibaciloză intestinală, urinară și care s'au vindecat uneori, prin serul sau vaccinul anticolibacilar. *(Vincent, Desaux, Eminet* și *Logard,* etc.).

Enterococul. El joacă un rol patogen în unele dermo-epidermite eczematiforme, în dermitele peri-ano-genitale a copiilor din prima vârstă *(Montlaur, Kitchevitz,* etc.), a mai fost văzut în parakeratoze primitive sau secundare a eczemelor inter-digitale *(Lortat, Jacob* și *Bidault),* în intertrigo, etc.

Afecțiunile ficatului.

Leziunile ficatului pot determina numeroase dermatoze. Cea mai cunoscută este icterul, fie că este datorită unei retenții mecanice (litiază), fie unei hiperhemolyze sau leziunelor parenchimatoase (ciroze, icter, grav, etc.).

Pigmentațiile sunt frecvente. Generalizate, de culoare galbenă-roșiatică, sunt apanajul diabetului bronzat, de origină sanguină (diabet, paludism, etc.). De cele mai multe ori localizate brune, ele pot afecta mai ales regiunile descoperite (chloasma hepatică, masca biliară) sau împrejurul ochilor lunetele biliare.

Angiomele mici, împrăștiate pe trunchiu, sunt un semn frecvent de ciroze, printr'un mecanism încă nelămurit.

Xantoma și *xantelasma* însoțesc adeseori icterul. Desigur această tulburare a metabolismului cholesterinei poate coincide cu alterații funcționale ale ficatului, o ciroză *(Schilling),* sifilis, cancer al ficatului, etc.

In cursul *cirozelor* s'au semnalat *oedeme, purpura,* peteșială a membre-

In toate afecţiunile streptococice

Prontosil

Grand Prix Paris 1937

preparatul chimioterapeutic

Erisipel,
Angină,
Pielite şi cistite,
Septicemie post partum,
Septicemie post abortum,
Artrite infecţioase,
Meningite.

Ca profilactic înainte de naşteri şi operaţiuni

Ambalaje originale:

Tuburi cu 10 şi 20 tabl.; flacoane cu 250 tabl. de 0,3 g.
Cutii cu 5 şi 25 fiole de 5 cmc; sol. 2,5 %

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

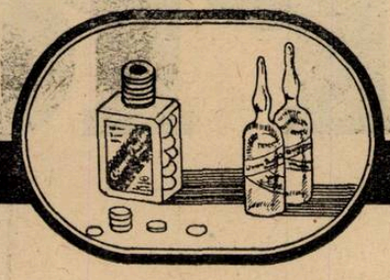
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel 3.92.86; Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor No. 18, Tel. 37-22

Ovarium „Henning" Panhormon

Conţine **Hormonul folicular şi Extract total ovarian**

Fiole şi drageuri de 100, 1000, 10.000 şi 50.000 ME

Cutii cu 3 şi 6 fiole 1 cc./Flacon 10 şi 20 drageuri.



Eftin şi Activ

L. Melamed & Co., Cal. Şerban-Vodă, 41. Bucureşti.

DESITIN
PUDRA

Ol. Jec. Asell., Talc. Terr. Silic.

*

Pudră grasă neiritantă. Foarte adesivă. Calmează usturimile şi mâncărimile. Absoarbe secreţiunile.

*

Sicativ al plăgilor superficiale. Roşeaţa pielei. Transpiraţie. Toaleta sugarilor.

L. Melamed & Co., Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

lor inferioare, eriteme diverse *(Lortat Iacob)*, urticarie, etc.

O serie de maladii ale luminei (lucitele) şi hydroavacciniforme, se caracterizează prin prezenţa în sânge şi în urine de hematoporfirină, fotosensibilă şi determinată de leziuni hepatice *(Königstein* şi *Hess, Stein)*, o ciroză alcoolică sau sifilitică.

Aceste manifestaţii cutanate sunt susceptibile de vindecare prin tratamentul adecuat a leziunilor hepatice. Faptul este banal pentru icter; urticaria poate să dispară după cholecystectomie, etc.

Tulburările funcţionale ale pancreasului se pot însoţi de o serie de reacţiuni cutanate.

Hipofuncţionarea secreţiei externe merge uneori paralel cu achylia gastrică. Ele contribue la staza şi fermentaţiile intestinale, care determină aceleaşi dermatoze de intoxicaţie ca şi afecţiunile hepatice şi intestinale.

Extractele pancreatice îşi găsesc indicaţii în tratamentul unor eczeme, urticarii, etc.

Tulburările *secreţiei interne* pot cauza reacţiunii numeroase asupra pielii, în special prin intermediul diabetului.

Printre diabetide se pot semnala pruritul, mai ales genital, eczema violacee, peri-orificială sau genitală, intertrigo, urticarii. Tegumentele diabeticilor sunt vulnerabile, din cauza saturaţiei prin hidraţii de carbon şi apă şi pot fi colonizate de microbii banali ai infecţiunilor secundare, ca furuncul, antrax, impetigo şi diferite foliculite.

Xantomul, xantelasma sunt expresiunea unei supercholesterinemii concomitente. Se cunoaşte gravitatea arteritei diabetice care se poate complica de gangrene de un pronostic foarte sever.

Diabetul se mai poate asocia cu diverse dermatite seboreice, psoriazis, lichen *(Schütz)*.

Intre piodermitele cu tendinţă la necroză, care se observă la diabetici, se mai cunoaşte *dermatitis atroficans et necroticans lipoides diabetica* a lui *Oppenheim* sau *necrobioza lipoidă a diabeticilor lui Urbach*.

Această afecţiune se traduce prin prezenţa de mici plăci eritematoase, puţin numeroase, în curând nodulare inflamatorii care se ramolesc, se ulcerează şi lasă cicatrice albe, atrofice care pot fi favorizate prin micro-traumatismul unei simple injecţiuni.

După *Urbach* sunt diabete uşoare, fără glicozurie, nici glicemie şi care nu se manifestă decât numai prin simple accidente cutanate — singurul semn de diabet.

Unele leziuni ale pancreasului se pot exterioriza prin accidente cutanate. Pancreatita cronică după *Quimby* se poate însoţi de eczemă, prurit anal, urticarie, etc. S'au semnalat rari cazuri de metastaze cutanate în cursul cancerului pancresului. *(Hegler, Wohlwilleti)*.

* * *

La începutul acestui articol am menţionat tulburările digestive de origină cutanată, care prin importanţa lor merită să reţină atenţiunea noastră.

Tubul digestiv poate fi afectat în cursul afecţiunelor cutanate după două modalităţi deosebite: fiecă leziune cutanată se propagă prin extensiune la mucoasa de digestive vecine, fie că leziunea cutanată determină prin tulburări reflexe sau ale metabolismului, un răsunet la distanţă asupra araratului digestiv.

Leziunile digestive prin extensiune sau propagaţie.

Impetigo peri-bucal, se poate întinde la buze, obraz la limbă, în stomatită impetigionasă a lui *Sevestic*.

Lupusul vulgar se propagă adeseori la gură, faringe, nas, limbă.

Erizipelul se poate propaga la gură, faringe şi chiar la esofag. S'au descris şi ulceraţii intestinale de *Lascher, Malherbe*.

Morva se poate întâlni la gură, fie în pustule în formă acută, fie în ulceraţie mutilantă în formă cronică.

Rhinoscleromul se întinde dela nas la faringe şi chiar la esofag prin fosele nazale.

2. *Leziuni digestive provocate la distanţă de o dermatoză.* — *Desaux* şi *Dubois* ilustrează prin exemple că o excitaţie limitată la un punct în suprafaţa pielii poate provoca pe cale reflexă manifestaţii digestive, astfel ei dau exemplul după *Louvain* a sedaţiunei durerilor gastrice sau apendiculare prin injecţiuni de novocainâ în zonele dureroase ale pielii, ei citează după *Ferrier* posibilitatea reacţiunilor motrice şi vaso-motrice şi secretorii ale stomacului prin «pince-rouler» regiunei epigastrice sau acromiale *(Alquier)*; în medicina chineză se citează sedaţiunea durerilor viscerale prin acupunctură în unele puncte ale tegumentelor. Se cunoaşte procedeul de atenuare a spasmului intestinal prin masajul vibrator al peretului abdominal.

O excitaţie largă provoacă o serie de reflexe cu răsunet difuz: diminuarea tonusului gastric sau intestinal al hipoclorhidriei, a constipaţiei spasmodice prin hidroterapie caldă.

Infăşurările umede reci determină o oprire a diareii la bazedowieni, duşurile calde pe regiune hepatică (tip *Vichy)* aduc o decongestiune a ficatului.

O iritaţie mai intensă a pielii aduce o destrucţie a proteidelor celulare ale pielii cu punerea în libertate a produselor de dezintegraţie.

Prototipul agenţilor de această natură ar fi substanţa H a lui *Th. Lewis, identificată* cu histamina lui *Hosoya, Arton, Schielf* şi *Watanabe*. Această substanţă execută o acţiune asupra secreţiei gastrice, intestinale sau asupra musculaturei digestive *(Loos, Loeper, Mongeot* şi *Parrod)*.

Toate aceste noţiuni preliminare pot servi de a înţelege mecanismul dezordinelor digestive ,care se observă în cursul iritaţiunilor sau inflamaţiunilor intense ale pielii, însoţite de o proteoliză celulară.

Se ştie că arsurile se întovărăşesc de anorexie, greţuri, vărsături, parezie gastro-intestinală; aceleaşi simptome se manifestă şi în cursul eritrodermiilor, maladia serului, marelor eczeme, eritemelor întinse, etc.

In cursul eczemelor *Brown* citează hyperclorhidria foarte adeseori; iar *Lortat Jacob* atrage atenţiunea asupra crizelor dureroase gastrice speudo-ulceroase, care însoţesc această dermatoză.

* * *

Nu putem încheia această lucrare fără să nu consacrăm un capitol afecţiunilor care interesează simultan pielea şi tubul digestiv.

In unele cazuri se poate vorbi de manifestaţiuni simultane asupra acestor două aparate, a unei maladii generale. In alte cazuri se poate cita accentua asupra electivităţii cuti digestive sau asupra unei interpedenţe între piele şi tubul digestiv.

1. *Maladiile infecţioase.*

1. *Infecţiunile acute.* Pentru unele infecţiuni asociaţia simptomelor cutanate şi digestive constitue o eventualitate ocazională.

Reumatismul articular acut determină pe lângă angina sa, tulburări gastro-intestinale frecvente, diaree *(Grenet)* dar şi eriteme fugace, erupţii veziculoase etc.

Paludismul acut se însoţeşte de eriteme variate, purpură, paludite şi tulburări care reamintesc dizenteria, crizele abdominale de aspect peritonitic.

Cholera se traduce prin multiple manifestaţii cutanate ca erupţii eritematoase, papuloase sau herpetiforme

Difteria, pe lângă difteria cutanată, determină adeseori rashuri, eriteme şi uneori diaree profuze şi crize dureroase abdominale. In altă categorie de infecţiuni, manifestaţiunile cutanate şi digestive sunt obiscuite

Sunt destul de cunoscute aceste infecţiuni ca să mai insistăm asupra simptomelor cutanate sau digestive. Citâm astfel: febra tifoidă, infecţiile paratifice, tifosul exantematic, febra butonoasă, rugeola, scarlatina variola, varicela.

Intre infecţiile cronice, sifilisul, tuberculoza, pianul, lepra determină

multiple localizaţii asupra pielii şi tractusului digestiv.

In Verruga din Peru leziunile cutanate şi digestive se desvoltă simultan sau leziunile cutanate se desvoltă ulterior, după acele cutanate.

Interesante sunt asociaţiile ante digestive din cursul micozelor.

Monilia arată o predilecţie pentru piele şi mucoasele digestive.

In gură banalul oidium care se poate propaga la esofag, stomac, intestine şi se poate generaliza la tot tubul digestiv. Pe tegumente se pot observa endomicoze epidermice, epidermo-micoze difuze ale copilului etc.

* * *

Dermatozele diverse.

Sunt numeroase dermatoze, care pe lângă manifestaţiile lor cutanate, au oarecare afinitate pentru mucoasele digestive.

Această afinitate este în legătură cu două mecanisme deosebite.

Unele sunt manifestaţiile *la piele a maladiilor în general*, şi traduc localizări la tubul digestiv în aceiaşi măsură ca la piele sau ori care alt organ (discromii, manifestaţii infecţioase) maladia lui *Duhring*, papiloame infecţioase, hydroa, etc.) sau sub formă de reacţiuni vazomotrice ca eritemele reflexe, eritrodermii etc.).

Altele trebue considerate ca afecţiunile pielei ,care pot să se desvolte oriunde există o mucoasă dermo-papilară, cu epiteliu pavimentos stratificat de exemplu în gură, faringe, esofag, natural cu modificările inerente a acestor mucoase (umiditate, desquamaţie, etc.).

1. *Discromiile.* Supracoloraţia tegumentelor este datorită unei *pigmentaţii* prin exces în melanină. Aspectul brun sau negru al pielii se poate generaliza la mucoasa buzală sau anală, în melanodermiile toxice (arsenicale, aurice etc.), parazitare (phitiriază), endocriniene (maladia lui *Addison, Bazedow*, etc). palustre, la tuberculoză, în sclerodermii.

2. *Eritemele şi dermatozele vazo-motorii. In dermatozele reflexe,* frigul produce o paloare a feţii cu horipilaţii, apoi eritem, uscăciune a gurei şi un flux diareic; acelaş proces se petrece pentru emoţiuni.

Eritem sau oedem cutanat, emotiv, reflex sau spontan şi însoţit de crize de diaree se observă în maladia lui *Bazedow*. Accidente digestive, ca o congestie intensă şi difuză a mucoasei bucale şi faringe, vărsături şi diaree, etc. se pot observa în eritemul scarlatiniform recidivant al lui *Fereol* şi *Besnier*, în eritrodermia exfoliativă a lui *Wilson, Brocq* şi mai accentuate în eritrodermii toxice sau medicamentoase prin arsenic sau aur.

In purpure, aceleaşi leziuni ca şi cele cutanate, ca petechii hemoragii, interesează gingiile, limba, bolta palatină. Tifosul anghiohematic al lui *Landouzy* prezintă ca tulburări caracteristice, hemoragiile intestinale.

Purpurele acute primitive, ca purpura reumatoidă a lui Schönlein se manifestă în general prin vărsături, diaree, uneori crize abdominale dureroase, care sunt expresiunea extensiei la întreg tubul digestiv.

In scorbut se găsesc pe lângă purpura şi hemoragiile cutanate, hemoragii bucale, gastro-intestinale, tulb, dizenteriforme, etc.

Urticaria cutanată sub forma de pomphus sau oedem a lui *Quincke* interesează foarte adeseori gura, limba, faringele, glota ca şi stomacul şi intestinul *R. Chevallier* din Lyon a publicat o serie de cazuri de sindrom pseudo-ulceros sau canceros de origină urticariană. *P. Chevallier* şi *Moutier* au constatat un oedem al mucoasei gastrice, cu sediul cel mai frecvent, în lungul stâlpului anterior al antrului, şi pe tot stomacul, dar uneori şi la sfincterul anusului.

In pelagră, pe lângă tulburările cutanate se distinge o stomatită specială, roşiu «vermillon», uneori veziculoasă sau pseudo-membranoasă, vărsături, dureri epigastrice, scaune saguinolente sau dizenteriforme.

3. *Dermatoze veziculoase şi buloase.* Eczema mucoaselor, rămâne o problemă de discutat, sub aspectul de leziuni anatomo-clinice, identice cu acele ale manifestaţiilor cutanate obişnuite.

P. Chevallier şi *Moutier* au găsit însă adeseori în exema vulgară a antebraţelor, o gastrită acută mamelonată sau atrofică, o achlorchidrie funcţională, de o intensitate şi evoluţie paralelă cu aceia a eczemei cutanate.

S'au citat în literatură asociaţii de iodite şi bromite buloase, de antipirină, bucale şi cutanate.

Impetigo — a feţii şi stomatita impetiginoasă sunt găsite deasemeni împreună.

Eritrodermita aurică se însoţeşte de multe ori de hidroa bucală.

Maladia lui Duhring prezintă adeseori o topografie bucală identică cu aceia a pielii.

Eritemul polimorf, în varietatea *hydroa* se întâlneşte frecvent ca localizaţie bucală, în 60%, după *Trautmann*.

Tulburările gastro-intestinale frecvente se datoresc extensiunei leziunilor la stomac.

Afecţiunile buloase congenitale dau adeseori determinaţiuni ale tubului digestiv. In cursul *epidermolyzei buloase, simple a lui Köbner* simpla sugere la sugaci, ca şi orice traumatiuni alimentare la copil sau adult sunt suficiente să provoace formaţie de bule.

4. *Dermatozele proliferante.* Acantoza *psoriazisului* poate determina în gură o stare leucoplazică independentă de sifilis *(Lissane)* sau tutun *(Rille), Iordan Oppenheim* etc.).

Papiloamele infecţioase ale gurei sunt produse, aproape cu certitudine de acelaş virus filtrant ca şi verucele plane sau vulgare, frecvente la faţă, mâini sau plante.

Mycozis fongoid se manifestă prin tulburări gastro-digestive: diaree tenace în faza de eritrodermie, vii dureri abdominale, diaree prelungită în caz de tumori ale stomacului sau intestinului.

Lichenul plan, pe lângă leziunile cutanate, are adeseori manifestaţii frecvente şi cunoscute, pe limbă, faţa internă a obrajilor fundusul şi mai ales stâlpul anterior al antrului stomacului.

Hiperplaziile şi displaziile congenitale prezintă manifestaţii şi de partea tubului digestiv, ca *angiomele* tuberoase sau cavernoase, limfangioame ale feţii. *Angiomatoza hemoragică hereditară* sau maladia lui *Rendu-Osler*, atinge simultan, gura cu leziuni identice cu acele cutanate şi se poate generaliza la faringe, stomac, regiunea anorectală.

Tumorele cutanate ale *maladiei lui Rechlinghausen* pot fi găsite şi în lungul tubului digestiv, în ficat, pancreas, etc.

* * *

După această lungă expunere, putem trage concluzia că tubul digestiv participă adeseori la tabloul simptomatologic al diferitelor afecţiuni cutanate.

Discuţia pe larg a diverselor ipoteze, care tratează relaţiunile intime dintre piele şi mucoasa tubului digestiv, pot explica în largă măsură propagarea sau repercusiunile la distanţă a diferitelor dermatoze la ţesuturile atât de mult diferenţiate ale tubului digestiv.

In cuprinsul acestei lucrări am insistat asupra importanţei acestor simpatoze, care se manifestă în sensuri variate. Am arătat cu numeroase exemple că ele nu se manifestă numai în sensul tub digestiv — piele. Afecţiunile cutanate pot cuprinde în sfera lor şi tubul digestiv, fie prin extensiune locală, fie prin determinarea la distanţă a diferitelor tulburări gastro-intestinale.

In altă serie de fapte am demonstrat afinitatea cuti-digestivă a maladiei generale, care interesează simultan pielea şi tubul digestiv, în cursul diferitelor maladii infecţioase şi afecţiuni dermatologice.

Sănătatea satelor noastre

de Profesor Dr. CONSTANTIN DANIEL

Cei cari au proprietăţi rurale, toţi cei ce au avut un contact mai îndelungat cu viaţa satelor noastre, îşi dau mai bine seama de situaţia precară a sănătăţii populaţiei ţărăneşti şi de importanţa acestei chestiuni capitale pentru renaşterea poporului român.

Osebit de latura ei politică şi socială, problema sănătăţii satelor este înainte de toate o problemă de ordin pur medical, unde singure competinţele trebuie să aibe cuvântul decisiv.

Dacă ne gândim că, graţie centrelor universitare şi reşedinţelor sanitare urbane, circa 3 milioane de locuitori din oraşe beneficiază de avantajele unei luminate asistenţe medicale, nu ne este permis să uităm pe cele 16 milioane de locuitori, — ce formează masa mare a naţiunii generatoare de energii fecunde — cari merită toată solicitudinea statului şi a corpului medical pentru ameliorarea stării sanitare a mediului rural. In România, ţară eminamente agricolă — ca şi ţările din sud-estul european — cu o pătură agricolă ţărănească de 84 la sută, principalul nostru efort trebue să fie sanitar rural.

Sunt 2 metode de lucru în această privinţă: a) *urgenţa*, ce se poate face imediat; b) *calea evolutivă*, naturală. Ele interesează populaţiunea ca şi personalul sanitar.

Oricari ar fi metodele de organizare sanitară, în vederea apărării sănătăţii publice şi valorificarea capitalului uman, — adică metodele de profilaxie şi de medicină curativă — ele cer timp pentru a activa, la care se mai adaogă şi toate sforţările cari contribuie la ridicarea nivelului de viaţă, standardul de viaţă. S'a şi spus, de altfel, că nivelul de viaţă este strâns legat de starea economică, de unde rezultă o bună stare sanitară.

Pentru medicul cu adevărată vocaţiune pentru nobila noastră profesiune, sănătatea satelor trebue să constituie o sursă inepuizabilă de activitate rodnică, pentru el şi pentru ţară.

Când ne uităm la ce se petrece în străinătate, la numărul şi valoarea savantilor, cari îşi părăsesc patria ca să studieze şi să extermine, în clima insuportabilă a coloniilor, cumplitele maladii tropicale — acoperindu-şi numele de glorie nepieritoare, — nu pot să nu îndemn pe tinerii noştri medici să plece la sate, în frumoasele şi rodnicile noastre plaiuri, în pitoreştile şi fertilele regiuni muntoase. Tristeţea şi nemulţumirea ce o citim pe faţa multor practicieni, doborîţi de munca istovitoare şi concurenţa de la oraşe, va fi amplu răsplătită la ţară, de satisfacţiunea unei importante activităţi în combaterea denatalităţii şi a mortalităţii infantile, a maladiilor sociale (tuberculoza, paludism, pelagră, alcoolism) atât de ameninţătoare la noi.

Astfel s'ar adeveri şi dorinţa actualului Ministru al Sănătăţii ca: *Stagiul la ţară să fie titlul de onoare al medicului român.*

Am subliniat, în altă parte, că în România nu avem o adevărată pletoră medicală, ci mai mult o repartiţiune inegală cu o aglomerare de medici în Capitală şi în marile oraşe. Se constată, din contra, o lipsă de medici bine preparaţi pentru nevoile vitale ale marei mase a populaţiunii noastre. Aceasta m'a determinat să insist într'un articol despre: *Reforma studiilor medicale* (România medicală nr. 23, 1 Decembrie 1936) asupra adaptării disciplinelor şi învăţământului facultăţilor de medicină la nevoile reale ale medicului nostru şi intereselor superioare ale statului.

Oricare ar fi obiecţiunile ce s'ar opune azi instalării medicilor la sate,— multe valabile, ca: salarii insuficiente, lipsa de locuinţe higienice, căi de comunicaţie impracticabile, mediu puţin prielnic pentru intelectuali, etc., — aceste obiecţiuni, cari pot fi parţial ameliorate, sunt larg compensate de imensele avantagii ce le aduce viaţa rurală muncii medicale. Priviţi situaţia medicului rural în ţările apusene. Ea îi procură atâtea satisfacţiuni.

Toţi conducătorii, cari au dirijat Ministerul Sănătăţii, au avut desigur cele mai bune intenţiuni pentru a înlătura neajunsurile de cari suferă serviciul sanitar rural. Eu însumi am meditat asupra lor şi am conceput un proect de hartă sanitară a ţării, ţinând seama — nu de actuala repartiţie administrativă şi demografică, — ci *de reţeaua şi nodurile căilor noastre de comunicaţie* (căi ferate, drumuri carosabile). Inspirat de lecţiunile experienţei războiului nostru — unde transportul rapid constituia cel mai preţios ajutor ce-l puteam da răniţilor şi bolnavilor, — am considerat că instituirea de *Centre sanitare rurale* principale, în vecinătatea gărilor şi a drumurilor practicabile, ar permite un contact mai rapid între medici şi bolnavi.

M'am gândit, de asemenea, că construcţia urgentă de *Locuinţe pentru medici*, clădiri economice (2—3 camere), înzestrate cu un lot de teren arabil, un cal, o brişcă, o vacă cu lapte — ar atrage la ţară un mai mare număr de practicieni.

In fine, aşezarea la locuri şi distanţe potrivite accesului reciproc al medicului şi bolnavului, de mici *Dispensare rurale model* (3 camere, 4—5 paturi, un dulap sau lăzi cu medicamente şi mic material sanitar), cu moaşe şi agent sanitar, ar crea încrederea populaţiei rurale în eficacitatea ajutorului medical şi ar constitui primele Centre de triaj şi prima etapă care ar precede instalarea ulterioară de Spitale rurale, în raport cu cerinţele şi densitatea populaţiei.

Aceasta ar fi un debut, care desigur va atrage pe medici la sate, şi ar da curaj sătenilor la muncă, ştiindu-se sprijiniţi şi îngrijiţi.

Ar mai fi de discutat, cu această ocaziune, şi *Asanarea vieţii spirituale a satelor*, întrebuinţarea timpului liber a ţăranului cum şi recreaţia sa sănătoasă. In afară de biserică, s'ar organiza, în actualele localuri rurale neîntrebuinţate în zile de sărbătoare, distracţiuni inofensive (conferinţe, echipe teatrele, muzică, cinema, radio, dansuri naţionale), care să innobileze viaţa distrăgând pe săteni de la atracţiunile cârciumii din sat.

* * *

Ascultând în seara zilei de 7 Februarie a. c. la Academia de Medicină, remarcabila conferinţă a d-lui General Dr. *N. Marinescu*, Ministrul Sănătăţii, despre: *Realizările sanitare în cursul anului 1938*, am fost adânc impresionat de munca fecundă depusă şi de apreciabilele rezultate obţinute. Fără a neglija metodele ştiinţifice de organizare sanitară, d-sa este un *realist:* ceeace se poate face imediat, realiza efectiv şi repede, să se pună în aplicare pentru înlăturarea pericolelor evitabile.

Dar principala caracteristică a nouei conduceri — ce s'a relevat în special cu ocaziunea ofensivei sanitare — este *scoaterea medicului sanitar din biurocraţia sterilă şi activarea sa fructuoasă pe teren*, în contact direct cu realitatea satelor şi cu factorii pe cari trebue să-i influenţeze.

In vara trecută, timp de 2 luni de zile (August şi Septembrie) o uriaşă mobilizare sanitară pe tot cuprinsul ţării, pentru apărarea şi ridicarea sănătăţii publice — prima din ţara noastră — concepută în stil mare, după un plan bine chibzuit, cu o colaborare cordială între medicii statului şi toate organele administrative locale, organizaţi în echipe mobile cu tot materialul necesar — 25 trenuri-băi, medicamente, etc. — a efectuat un număr considerabil de realizări. Acest efort gigantic, cu activarea pe teren, a permis autorităţii superioare să vadă personal ce se poate face, cum se poate lucra şi ce s'ar putea efectiv realiza.

Cu ajutorul a 2242 medici şi 5548 de persoane din personalul sanitar auxiliar (agenţi sanitari, moaşe, surori de ocrotire), după o propagandă bine susţinută, printr'un număr de 9107 conferinţe ţinute cu scopul de a iniţia, a convinge şi a însufleţi întreaga popu-

laţiune a ţării noastre asupra scopului urmărit, «*ofensiva sanitară*» a putut ajunge la următoarele realizări:

Persoane examinate de medici (mai bine de o treime din populaţia ţării)	7.769.434.—
Medicamente gratuite la persoane	725.715.—
Inoculări şi injecţiuni terapeutice	316.328.—
Examene radiologice . . .	47.547.—
Persoane îmbăiate . .	1.410.027.—
Locuitori deparazitaţi .	1.316.988.—
Locuinţe vizitate, curăţate, desinfectate (mai bine de 3/4 din cele existente în ţară)	3.140.840.—
Latrine construite . . .	754.837.—
Curţi curăţate	1.238.321.—
Grajduri curăţate . . .	676.950.—
Fântâni construite . . .	19.057.—
Fântâni asanate şi desfundate	292.759.—
Şanţuri săpate . . . klm.	446.—
Şanţuri curăţate . . klm.	7.977.—
Bălţi asanate	22.047.—

* * *

Care naţiune civilizată n'ar fi mândră de o astfel de operă efectuată într'un timp aşa de scurt, operă care onorează pe d-l Ministru al Sănătăţii, acest strălucit om de acţiune, dotat de natură cu o remarcabilă putere de muncă şi înainte de toate cu un mare temperament de comandă?

Părăsind incinta Academiei, mi-am făcut reflecţia că în ţara noastră multe s'ar putea face, dacă s'ar aşeza fiecare om la locul său: «The right man in the right place».

D-l G-ral Dr. *Marinescu*, Ministrul Sănătăţii, va găsi desigur, în concursul tuturor, un puternic stimulent pentru viitoarele sale înfăptuiri; d-sa onorează corpul medical şi medicina naţională. Ţărănimea, recunoscând importanţa uriaşului efort sanitar desfăşurat în favoarea ei, a răspuns cu entuziasm la apelul călduros ce i s'a făcut.

REVISTA CARŢILOR

Tratat de Istologie. Vol. I. Technică. Citologie. Ţesuturi de Dr. Şerban Brătianu şi Dr. Virgil Anghelescu. (Lucrare făcută în Institutul de Istologie dela Facultatea de Medicină din Bucureşti). Monografie cu 578 pagini, 264 figuri, 20 planşe în culori, Editura *Leon*, Bucureşti, 1938.

Domnii doctori *Şerban Brătianu* şi *Virgil Anghelescu*, după mai mulţi ani de muncă metodică şi perseverenţă, aduc în această monografie o realizare importantă. In adevăr, tratatul aceasta de Istologie este în acelaşi timp o carte didactică excelentă şi o publicaţiune în care imaginea indispensabilă înţelegerei textului se prezintă la un nivel asemănător cu acela din lucrările de specialitate tipărite în străinătate.

Acest prim volum, foarte bogat ilustrat, este dedicat următoarelor capitole:

1. Noţiuni elementare de technică istologică.

2. Citologie.

3. Noţiuni elementare de embriologie.

4. Ţesuturi. Generalităţi.

6. Ţesutul pleochrom sau paraganglandular.

6. Ţesutul pheochrom sau paraganglionar.

7. Ţesutul conjunctiv.

8. Ţesutul muscular.

9. Ţesutul nervos.

10. Ţesutul interstiţial neconjunctiv al sistemului nervos central şi periferic.

11. Aparatul vascular.

12. Ţesutul sanguin.

13. Ţesutul hemo-limfopoietic şi hematopoieza.

Lucrarea domnilor *Brătianu* şi *Anghelescu* prezintă calităţi remarcabile. Autorii au reuşit să încadreze armonios în expuneri didactice lumi noase şi achiziţiunile noui, cari cer un efort sintetic considerabil într'o disciplină ştiinţifică de o evoluţiune aşa de rapidă ca Istologia.

In unele capitole ca acela dedicat ţesutului conjunctiv, autorii inspirându-se din tradiţiunea morfologiştilor clasici, au reunit în expunerea cunoştinţelor asupra ţesutului reticulo-endotelial şi rezultatele cercetărilor lor personale de altădată.

De altminteri, lectura tuturor capitolelor acestei lucrări ne arată un text ce se exprimă cu valoarea cunoştinţelor trăite în lungul anilor de muncă în laborator.

Calităţile şi valoarea monografiei domnilor *Brătianu* şi *Anghelescu* vor fi apreciate, sunt sigur, de toţi oamenii obiectivi capabili să înţeleagă însemnătatea unui astfel de efort.

Sunt mulţumit, că ambianţa ştiinţifică din Institutul de Istologie dela Facultatea de medicină din Bucureşti a constituit un climat spiritual favorabil acestei activităţi realizatoare.

Aşi dori, ca autorii acestei valoroase lucrări să simtă cât mă bucur de succesul muncei lor.

Prof. Dr. ION T. NICULESCU

BIBLIOGRAFIE

Les maladies de l'oesophage, par J. Terracol, Professeur à la Faculté de médecine de Montpelier. Un volum de 664 pag. cu 352 fig., broşate 190 fr. cartonate 220 fr.

Această lucrare concepută după acelaşi plan caşi «Les maladies des fosses nasales» apărută în aceiaşi colecţie, constitue până în prezent o sinteză cât se poate de complectă cu toate noţiunile importante cari se referă la esofag.

Este o lucrare complectă şi medicul specializat, doritor să se documenteze, va găsi în paginile sale toate datele normale şi patologice ale esofagului caşi anatomia şi fiziologia necesare.

Explorarea organismului, după toate metodele, a fost tratată cu o îngriijre deosebită, în special explorarea endoscopică şi explorarea radiologică.

Această lucrare este împărţită în două părţi mari.

Prima parte studiază *noţiunile anatomice şi fiziologice şi metodele de explorare*. Noţiunile anatomice ilustrate prin numeroase scheme şi de radiografii au scopul de a uşura lectura clişeelor şi a technicelor manoperelor endoscopice şi chirurgicale, adică pe cale externă. Endoscopia mai ales practicată pe viu, a permis să se rectifice unele noţiuni clasice dar neexacte, stabilite după cercetările cadaverice.

Din cauza importanţei sale, oesofagoscopia a fost analizată minuţios, technica, instrumentaţiunea principalelor metode datorite autorilor francezi şi străini sunt expuse şi ilustrate cu desemnuri şi fotografii.

A doua parte este privitoare la *patologia oesofagului*. Toate afecţiunile sunt succesiv trecute în revistă în ordinea didactică clasică, dar problemele de practică curentă, mai alas cele de terapeutică, sunt studiate în toate amănuntele lor. Fiecare capitol conţine numeroase ilustraţiuni: piese anatomice, patologice, cupe microscopice, technică endoscopică şi chirurgicală.

O desvoltare particulară a fost rezervată arsurilor (oesofagită corosivă acută), corpilor străini ai oesofagului şi cancerului.

In fine, din cauza raporturilor de vecinătate şi a desvoltărei sale recentă, a fost tratată şi endoscopia gastrică.

Această lucrare, din cauza importanţei sale şi a întinderei, a calităţei colaboratorilor francezi şi străini, a iconografiei sale, este un document indispensabil de bază al tuturor endoscopiştilor şi a chirurgilor cari se ocupă cu esofagul.

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CARBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACIL E FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVIe

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

„Farmako"

LABORATOR DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE.

Pulmonin
„Farmako"

Antiseptic pulmonar puternic în gripă, bronşită, pneumonii, bronchopneumonii

Adulţi: 1—2 fiole pe zi
Copii: 1/2—1 fiolă pe zi.

Asociaţie de chinină bazică şi camfor, dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole à 1,1 ccm. şi 2,2 ccm.

Creosocalcin
„Farmako"

Rezultate remarcabile în toate afecţiunile pulmonare: bronşite acute şi cronice, tbc. pulmon., gripă, tuse convulsivă; profilactic.

Plăcut la gust şi miros.

Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Sulfocreosotat de potasiu, fosfat de codeină, nitrat de aconit, lactofosfat de calciu.

Flacoane mari şi reduse.

Analgosan
„Farmako"

Analgetic de un efect puternic şi constant în cefalalgii, migrenă, lumbago, sciatică, nevralgii, dismenoree, dureri de dinţi.

1—4 tablete pe zi.

Dimetilaminoantip.
Acetamidofenetol.
Trimetilxantină.
Sare de Pelletier brom

Cutii cu 12 comprimate.

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

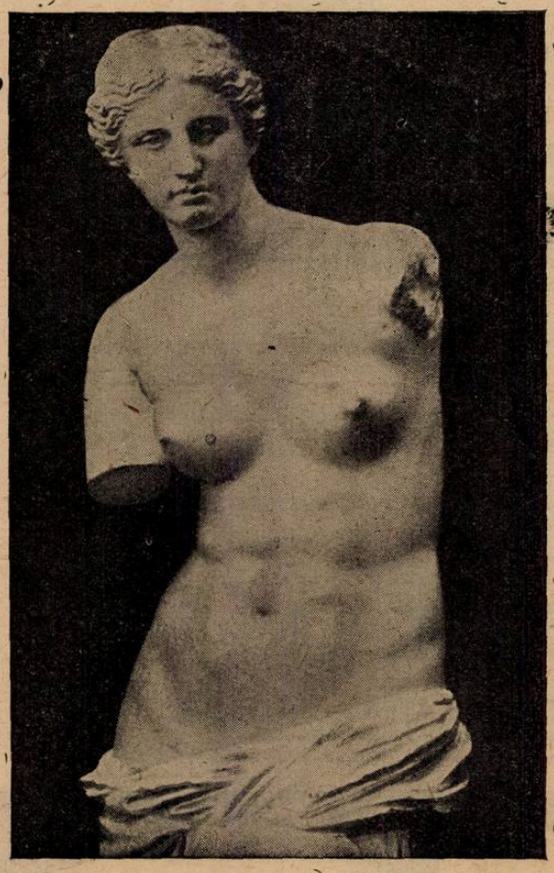
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, **insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare. Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormona'e din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRA"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05 21

NOTE PE MARGINEA CĂRȚILOR

Victor Heiser: «L'extraordinaire Odysseé d'un médecin»

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Cartea d-rului *Victor Heiser*, m'a atras, în cursul verei trecute, când a fost tradusă în limba franceză, prin titlul ei și prin banderola care o recomanda publicului: «Mieux que San Michele».

De la primele pagini mi-am dat seama că aceste două opere sunt cu totul deosebite prin conținut, prin tendințe și mai ales prin personalitatea autorilor lor.

Și pentru a-mi controla această idee am recitit «Le Livre de San Michele» a lui *Axel Munthe* însemnând impresiile într'un articol publicat în «România Medicală» (Nr. 20 din 1938).

Axel Munthe și *Victor Heiser* sunt doi medici cari au trăit viața pe planuri deosebite: primul fiind clinician iar celălalt — igeienist, au avut alte metode, alte idealuri, alt mod de a înțelege viața, de a o trăi și a o descrie.

Intre ei există totuși unele apropieri: Medici pasionați de profesiunea lor și mai ales de speicalitatea lor, au practicat-o cu elan, cu devotament, cu entusiasm. De aceia au dus o viață care s'a ridicat cu mult deasupra mediocrității banale, înălțându-se pe culmi cu vaste perspective spirituale.

Și la un moment dat al evoluției lor, când trecuseră cu mult de pragul tinereții, acești doi oameni au simțit nevoia de a-și retrăi viața, așternând pe hârtie — faptele, amintirile, impresiile și sentimentele lor. In primul rând cărțile lor sunt scrise pentru ei, pentru plăcerea de a le scri și numai în al doilea rând sunt scrise pentru alții. De aceia în aceste sute de pagini nu găsim nimic din convenționalul unor memorii literaturiazate sau din atitudinile tendențioase, aproape inevitabile în operele scrise, în vederea cititorilor.

Apropierea ce am făcut între aceste două cărți este nu numai întâmplătoare. Ele au, pentru evoluția medicinei în acest început al secolului al XX-lea, o mare valoare documentară.

In adevăr, *Axel Munthe* dă o descripție minunată a medicinei curative strict individuale ,care va exista cu siguranță, atâta vreme cât va fi suferință omenească. Și cum nimic nu ne îndreptățește să sperăm că boalele vor fi înlăturate în mod miraculos și total, este foarte probabil că extrem de multă vreme, «Cartea de la San Michele» va rămâne actuală și interesantă.

In ultimele două decenii, concomitent și paralel cu progresele medicinei clinice, s'a desvoltat din ce în ce mai mult, medicina preventivă care acționează pe plan social și deci, colectiv.

Tocmai acest aspect al medicinei contemporane îl descrie *Heiser* în cartea sa. Expunerea este cu atât mai demonstrativă, cu cât autorul descrie lupta sa victorioasă cu boalele epidemice din Orientul îndepărtat.

In serviciul Fundației Rockefeller și al Oficiului internațional de igienă, Heiser a desfășurat o formidabilă activitate medicală, a făcut o impresionantă experiență personală și a trăit o viață atât de intensă, încât ea oferea un material atât de interesant pentru medicina științifică și practică, încât ar fi fost păcat să nu fie utilizat.

Desigur că acest gând l-a determinat pe Heiser să scrie cartea de care ne ocupăm.

Cele 16 voiajuri în jurul lumei, cele 60 de țări cercetate din punctul de vedere al igienei publice, anii îndelungați petrecuți în Extremul Orient, în luptă cu boalele și, de multe ori, cu o populație ignorantă, constitue o adevărată odisee medicală, interesantă prin pasiunea desfășurată, prin observațiile consemnate și prin sugestiunile ce se degajează din paginele ei.

Dacă dintr'o operă literară, este uneori greu să avem o imagine precisă a personalității scriitorului, dintr'o lucrare medicală științifică și descriptivă în acelas timp, cum este «Odiseia unui medic», rămânem cu impresiuni clare și complecte asupra autorului care este în acelaș timp, eroul important al operei sale scrise.

Un om deplin format din punct de vedere științific, în apogeul puterii sale de acțiune și de creațiune, apropiind vârsta de 40 de ani, se înrolează printre medicii Fundației Rockefeller pentru a lucra în domeniul medicinei preventive, ori unde această admirabilă instituție va găsi oportun să acționeze. Aceasta se petrece în 1914.

După 20 de ani de muncă, de eforturi, de lupte, de succese și de contrarietăți, *Heiser*, apropiind 60 de ani, se retrage din functiunea sa, adresând Fundației o admirabilă scrisoare, care închee volumul de care ne ocupăm.

Aici, *Heiser* arată că singura mulțumire pe care o poate avea medicul care-și consacră viața pentru ameliorarea sănătății publice, pe lângă situația sa profesională, pe lângă mărturiile de stimă ale contemporanilor, este satisfacția profundă de a fi lucrat cu un altruism absolut.

Acest medic ilustru subliniază faptul că activitatea sa la Fundația Rockefeller a fost o onoare și un privilegiu, pentru că a putut lucra pentru cauza umanității.

Și *Heiser* nu s'a mulțumit cu activitatea sa prodigioasă pe teren.

Retrăgându-se la sfârșitul anului 1934, a utilizat anii următori pentru a scrie această voluminoasă carte, având desigur speranța că aduce, prin ea, un nou și mare serviciu științei, umanității și profesiunii medicale. Ceia ce a și realizat.

Boalele epidemice sunt descrise în cartea lui *Heiser* într'un mod deosebit, încadrându-le în multiplele condițiuni locale de ordin material și psihologic. Propagarea lor găsește astfel o explicație logică și lupta contra lor, întâmpină uneori dificultăți enorme.

Capitolele despre ciumă, despre holeră, despre lepră, despre paludism, interesează pe orice medic, nu numai pe specialist.

Am arătat mai sus că *Heiser* a făcut prin cartea sa un adevărat serviciu umanității. In adevăr, mai ales acum, când omenirea sfâșiată de ambițiuni, se pregătește pentru un război mai groaznic decât toate cele anterioare, un medic, descrie în mod simplu și foarte natural viața sa, închinată, cu mari riscuri, ameliorării condițiilor de viață a unor populațiuni îndepărtate de țara sa și de neamul său.

In această nobilă acțiune, el era condus numai de superioare sentimente altruiste, de un humanitarism înalt.

Serviciul pe care *Heiser* îl aduce profesiunei medicle este tot atât de însemnat: cartea sa pune în adevărata ei valoare, viața de muncă, de abnegație, de devotment pasionat a medicului. A medicului de pretutindeni, indiferent de climatul sub care trăește și de specialitatea ce exercită.

Cele câteva rânduri de încheere prin care *Heiser* termină cartea sa, sunt într'adevăr emoționante. El arată cum cariera sa l-a împiedecat să guste bucuriile vieței de familie și atâtea alte plăceri cari sunt legate de confortul, de luxul și de societatea marilor metropole. Dar găsește că aceste privațiuni au fost larg recompensate prin posibilitatea ce a avut să ușureze suferințele a milioane de oameni, cărora el le-a redat sănătatea ducându-le descoperirile științei contemporane.

Și apoi un cald elogiu prieteniei, acest sentiment admirabil, care ne face să ne amplificăm bucuriile în momentele de satisfacție și să atenuăm nemulțumirile în fața contrarietăților vieței.

*

Lectura cărții lui *Heiser* este instructivă, este plăcută și este tonică. O recomandăm mai ales medicilor tineri, la a căror formație spirituală ea poate aduce o contribuție de bune informații și de rodnice sugestii.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Programul Sanitar al guvernului

Manifestul-program al noului guvern cuprinde următorul program sanitar:

«Ministrul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale în urma documentării minuţioase, la care a ajuns la sfârşitul activităţii din anul trecut, hotărăşte pentru anul în curs statornicirea şi permanentizarea tuturor măsurilor care s'au găsite eficace pentru apărarea şi ridicarea sănătăţii publice, precum şi pentru o organizare a asistenţei sociale cât mai apropiate specificului ţării noastre.

Astăzi având problemele pe care le ridică sănătatea publică la noi în ţară bine conturate ca întindere şi bine precizate ca adâncime, s'a putut stabili că aceste probleme se referă mai ales la mediul rural, la massa mare a naţiunii, deci ele ating isvorul de energie şi de viaţă a poporului nostru: de aceea o primă indicaţiune pentru activitatea viitoare este accentuarea acestei activităţi, mai ales în mediul rural.

O primă preocupare va fi, ca în colaborare cu celelalte Departamente să se dirijeze şi să se coordoneze activitatea factorilor sociali, cari contribue la promovarea sănătăţii, căutând a se realiza astfel ridicarea standardului de viaţă, mai ales în mediul rural.

Alături de această primă preocupare, se va da o deosebită atenţiune tuturor măsurilor de igienă individuală şi colectivă pe toată suprafaţa ţării noastre (trenuri-băi şi construcţii de băi populare), căutând ca printr'o perseverentă şi permanentă aplicaţiune a acestor măsuri să se ajungă la formarea şi educarea populaţiunii.

Pentru realizarea acestor deziderate vor lua fiinţă în fiecare ţinut institute de igienă, iar inspectoratele respective vor fi prevăzute cu laboratoare de bacteorologie mobile, cuptoare de deparazitare, etuve de desinfecţie mobile, echipe mobile de radiologie, etc.

Profilaxia boalelor sociale, a căror număr şi gravitate sunt ameninţătoare, va primi o organizare metodică prin înfiinţarea de spitale de boli sociale în fiecare ţinut, în jurul cărora vor evolua echipe de medici specialişti, pentru a se ţine continuu evidenţa şi a se combate şi îngriji în mod permanent aceste boli.

Se va căuta să se completeze întreg arsenalul terapeutic al acestor boli sociale prin punere în funcţiune a noui sanatorii de tuberculoşi, preventorii, spitale de malarici, centre pentru tratamentul cancerosilor, spitale de pelagroşi, leprozerii, etc.

Se vor creia de asemeni staţiuni noui antimalarice în regiunile bântuite mai mult de acest flagel şi se va duce mai departe campania de asanări a terenurilor malarigene.

Asistenţa medicală în dispensarii, spitale rurale şi spitale judeţene va fi completată şi organizată în aşa fel, pentru ca aceste toate să răspundă mai bine scopului şi să dea un randament cât mai mare în folosul sănătăţii publice.

Se va da o mai bună întrebuinţare spitalelor rurale, organizându-se cu secţiuni de maternitate şi puericultură, iar spitalele judeţene vor fi organizate în aşa fel, încât să răspundă la îngrijirea bolnavilor de toate categoriile.

Se va da o deosebită atenţiune protecţiunii mamei şi a copilului şi în acest scop se va pregăti legea necesară.

O preocupare deosebită va fi îndrumarea şi formarea personalului sanitar superior şi în special aceluia destinat să acţioneze în mediul rural. Se va pregăti medicul rural al ţării într'un Institut superior de sănătate, ce va lua fiinţă, iar personalul sanitar inferior va găsi în fiecare ţinut câte o şcoală respectivă.

O deosebită grijă se va pune pentru buna întrebuinţare a fondurilor destinate materialelor sanitare, pentru ca în limitele prevederilor bugetare să se poată să se achiziţioneze materialele sanitare necesare funcţionării tuturor instituţiunilor de sănătate din ţară şi se va da o grijă deosebită măririi capacităţii de spitalizare a ţării care abia atinge procentul de 50 la sută faţă de necesităţile actuale.

Pentru a completa organizarea sanitară a ţării, vor lua fiinţă încă 50 de circumscripţii sanitare, 10 judeţe se vor declara model, câte unul pe ţinut, se va ridica la 300 numărul de dispensare de puericultură din toată ţara şi vor lua fiinţă cele 30 de subcentre noui de tratament antirabic.

Se va completa organizarea sanitară a oraşului Bucureşti, după modelul centrului de sănătate existent, creat în unire cu Fundaţia Rockefeller, organizând pe 4 sectoare şi completându-se puterea de spitalizare a Bucureştilor prin crearea unui nou spital de specialităţi».

Uniunea medicală Balcanică

Uniunea medicală balcanică este o organizaţiune esenţialmente ştiinţifică. Are însă, în acelaşi timp şi idealul de a apropia pe intelectualii ţărilor componente, pentru a se cunoaşte, a se înţelege şi a se stima reciproc cu scopul de a se forma un bloc compact, capabil de a stăvili neînţelegerile producătoare de ură şi lupte funeste între naţiuni.

Această «Uniune» a fost creată de un mănunchi de oameni sincer convinşi că acest ţel umanitar poate fi uşor atins. Convingerea lor se întemeiază pe considerentul că evoluţiunea umană se efectuiază în acelaşi sens, şi că ajutând această evoluţiune, i se poate accelera progresul.

A munci cu toate facultăţile, cu toată energia, a face să domnească înţelegerea între oameni este cel mai frumos ideal pentru intelectualii cari au ştiut să vadă şi să reţină esenţa însăşi a umanităţei.

Aceste aspiraţiuni Uniunea balcanică tinde să le realizeze prin «Săptămânile Medicale». Rând pe rând, Athena, Belgradul, Bucureştii şi Istambulul, au reunit grupe din ce în ce mai numeroase de oameni entusiaşti şi pătrunşi de aceleaşi convingeri, de aceiaşi dorinţă de comprehensiune şi amiciţie.

Noi medicii, ştim că o foarte mică cantitate de vaccin poate salva mii de vieţi în pericol de epidemii contagioase. La fel, buna sămânţă aruncată de Uniunea Medicală Balcanică reprezintă un adevărat remediu contra relelor deslănţuite de pasiuni.

«Uniunea» a adresat confraţilor din întreaga lume următorul manifest:

Uniunea Medicală balcanică reunită la Istambul cu ocaziunea celei de a 5-a săptămână medicală,

luând în consideraţiune teribilele suferinţe pe cari războiul total le prepară populaţiunilor civile ale oraşelor deschise, caşi lipsa totală de orice fel de dispoziţiuni convenţionale de apărare,

şi constatând că chiar sub forma sa restrânsă proectul «Oraşelor sanitare» nu a fost adoptat şi că toate eforturile depuse până în prezent referitoare la protecţiunea civilă contra războiului chimic au rămas în stare de proect şi că protocolul prohibând întrebuinţarea gazelor asfixiante nu a fost încă ratificat de toate ţările,

ia hotărîrea să se adreseze medicilor tuturor naţiunilor pentru a-i ruga să intre în activitate pentru a-şi îndeplini în această direcţiune obligaţiunea lor profesională şi umanitară, de a iniţia şi impresiona opinia publică.

Uniunea Medicală Balcanică consideră ca numai singură opinia internaţională luminată poate să facă a reuşi atât gravitatea şi iminenţa pericului cât şi inutilitatea bine demonstrată, chiar pentru învingător, a tuturor acestor atrocităţi şi că singura această opinie ar putea provoca iniţiative eficace.

Trebue să se arate tuturor acest adevăr imuabil:

Ura atrage ură, atrocitatea răsbunare.

CHIMIOTERAPIA GRIPEI ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

cu GERMICID

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură

INHALOSA

DR. WANDER

TABLETE PENTRU INHALAŢII

In afecţiunile acute şi cronice ale căilor şi organelor respiratorii

OL. PINI
OL. MENTHAE
OL. LAVANDULAE
TERPINEOL
EUCALIPTOL
CLORURA DE SODIU

O nouă sare a CODEINEI

CODELUM DR. WANDER

Codeină feniletilbarbiturică

TABLETE CU 0.02 GR.
TABLETE CU 0.01 GR.

Intruneşte proprietăţile farmacologice ale Codeinei şi Acidului feniletilbarbituric cu efect potenţat. Calmează tusea în toate afecţiunile acute dureroase ale căilor şi organelor respiratorii.

MOSTRE ŞI LITERATURĂ TRIMITE LA CERERE

DR. WANDER S. A.

Societate pe Acţiuni

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

NEOHEXAL

(acid sulfosalicilic+hexametilentetramină

In infecțiunile genito-urinare
In infecțiunile generale (gripe, etc.)
Ușor solubil
Neiritant
Desinfectant puternic

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin-Britz
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek,
București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

AGOCHOLINE Dr ZIZINE

GRANULAT SOLUBIL
(cu sau fără mentă)
Peptonă uscată purificată + Sulfați de magnesie anhidră

COLECISTITELE CRONICE
CONGESTIA FICATULUI

Litiază biliară, Icter și Colemie

DISPEPSII REFLEXE, CONSTIPATIE, MIGRENE, AMETELI, ECZEME, MĂNCĂRIMI } de origină hepato-biliară

POSOLOGIE:
1-3 linguriță de cafea dimineata pe nemâncate, intr'o jumatate de pahar cu apa caldă.

Eșantioane și literatură:

DROGUERIA STANDARD S. A. R., STR. SF. IONICĂ 8, BUCUREȘTI.

LABORATOARELE Dr. ZIZINE, 24, Rue de Fécamp — PARIS (XIIe)

Concurs de medic secundar

Se aduce la cunoştiinţa generală că, pentru ocuparea unui loc de medic secundar, specialitatea boli interne, la Spitalul Brâncovenesc, se va ţine concurs, cu începere de la 3 Mai 1939.

Registrul de înscriere al domnilor candidaţi, precum şi condiţiunile de admitere la concurs şi cele de funcţionare în calitate de medic secundar, se găsesc în toate zilele de lucru, la Administraţia Aşezămintelor Brâncoveneşti, între orele 9—12 a. m.

Inscrierile, conform regulamentului, se pot face numai până în; ziua de 24 Aprilie a. c. ora 12 a. m.

Zilele medicale din Bruxelles

Anul acesta, în mod excepţional, cu ocaziunea Expoziţiei internaţionale a Apei şi a inaugurarei Canalului Albert, a XVIII-a seziune a Zilelor medicale din Bruxelles se va ţine la Liége dela 24 la 28 Iunie, sub preşedinţia prof. Ernest Kenaux, membru al Academiei Regale de Medicină.

Programul ştiinţific, asemănător celor cari au obţinut atâtea succese la Bruxelles, va coprinde conferinţe magistrale asupra chestiunilor medicale la ordinea zilei, demonstraţiuni practice şi şedinţe operatorii în spitale.

Festivităţi numeroase în cadrul Expoziţiei şi excursiuni la Spa şi la Canalul Albert, operă cu care Belgia se mândreşte, vor fi oferite congresiştilor.

Pentru informaţiuni şi înscrieri, doritorii se vor adresa la secretarul general, dr. René Beckers, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

Al XVI-lea Congres internaţional de hidrologie, climatologie şi geologie medicală

Acest congres va avea loc anul acesta la Strasbourg dela 8 la 11 Octombrie.

Se vor prezenta următoarele rapoarte:

1. *Raport de hidrologie terapeutică:* Tratamentul hidromineral al Dermatozelor: prof. Pautrier (Strasbourg dr. Flurin (Cauterets).

II. *Raport de Hidrologie:* Permeabilitatea şi apele minerale: prof. Dodel şi Dartigue (Clermont-Ferrand).

III. *Raport de Climatologie:* Indicaţiuni şi contraindicaţiuni ale sporturilor de iarnă: prof. Piery (Lyon).

IV. *Raport de Geologie:* Apele minerale ale regiunilor petrolifere: prof. Schneegans (Strasbourg).

V. *Evoluţiunea utilajului termal francez în ultimii 20 ani:* dr. Urbain (Paris).

Corespondenţă şi informaţiuni la: Secretariatul General: Institutul de Hidrologie terapeutică şi Climatologie 1. Piata Spitalului Strasbourg.

Noua lege a asigurărilor sociale

Prin «Monitorul Oficial »de la 22 Decembrie 1938, sa promulgat noua lege a asigurarilor sociale.

Ea aduce modificări importante vechii legi, introducand asigurarea obligatorie a tuturor lucrătorilor şi salariaţilor al caror «câştig nu depăşeşte, în mod obişinuit 8000 lei lunar».

Reproducem, din noua lege, următoarele articole, referitoare la organizarea medicală în asigurări:

Organizarea medicală.

ART. 204. — Asistenţa medicală în Asigurările sociale va fi curativă şi preventivă. Asistenţa medicală se dă în spitale, sanatorii, dispensarii, la domiciliul medicului asiguratului, cand boala sau accidentul nu-i ingăduie acestuia să parasească Casa *şi la întreprinderile industriale.*

ART. 205. — Serviciile medicale din Casa Centrală, cum şi cele ce aparţin caselor de asigurări sociale, sunt supuse conducerii şi îndrumării generale a direcţiunei medicale din Casa Centrală, din punct de vedere tehnic medical. Activitatea serviciilor şi aşezamintelor medicale din Asigurările Sociale va fi coordonată în cadrul organizării generale sanitare a ministerului sănătăţii şi asistenţei sociale.

ART. 206. — Pentru organizarea şi acordarea asistenţei medicale, asigurările sociale vor avea următoarele categorii de personal sanitar:

a) Personalul medical;

b) Personalul farmaceutic şi chimist;

c) Personalul auxiliar medical.

Personalul medical

ART. 207. — Personalul medical se împarte în:

a) Personalul medical având şi atribuţiuni administrative;

b) Personalul medical c uatribuţii pur profesionale.

I. Din personalul medical având şi atribuţii administrative fac parte:

a) Directorul medical din Casa Centrală;

b) Inspectorii generali sanitari;

c) Medicii Direcţiei medicale din Casa Centrală;

d) Medicii şefi şi medicii şefi ajutori dela Casele de asigurări sociale;

e) Medicii diriginţi dela dispensarii.

II. Din personalul medical cu atribuţiuni pur profesionale fac parte:

a) Medicii primari directori de spitale sau sanatorii;

b) Medicii primari conducători de servicii de spitale sau sanatorii;

c) Medicii secundari;

d) Internii şi externii de spitale sau sanatorii;

e) Medicii de radiglogie, fizioterapie şi medicii de laborator.

f) Medicii consultanţi de toate categoriile.

Atribuţiunile personalului medical pur profesional

ART. 212. — Atribuţiunile medicului director de spital, medicului primar conducător de serviciu în spitale sau sanatorii ,medicului secundar, internului şi externului din organizaaţiile sanitare ale asigurărilor sociale, vor fi acele stabilite prin legea sanitară şi de ocrotire pentru spitalele şi sanatoriile Statului.

ART. 213. — Medicii consultanţi au ca atribuţiuni profesionale, potrivit specialităţii fiecăruia, de a da consultaţiuni care va dura cel puţin două ore pe zi, la dispensarii, la întreprinderi industriale, la domiciliul lor la domiciliul asiguraţilor bolnavi.

In caz de epidemii grave, la cererea ministrului sănătăţii şi asistenţei sociale ,adresată ministrului muncii, medcii consultanţi, precum şi ceilalţi medici din Asigurări'or sociale, sunt obligaţi să dea tot concursul lor.

Recrutarea personalului medical

ART. 218. — Recrutarea întregului personal medical, farmaceutic şi chimist, cum şi a personalului medical auxiliar, se va face potrivit normelor stabilite de legea sanitară şi de asistenţa, indiferent dacă este vorba de personal medical, farmaceutic şi chimist cu atribuţiuni administrative, sau de personal de spitale, dispensarii, etc.

La examen se pot prezenta următorii:

a) Medicii diriginţi de dispensarii sau medicii şefi ajutori, care au funcţionat în această calitate cel puţin trei ani şi care au o practică medicală de cel puţin opt ani;

b) Medicii conducători de secţii sau birouri din Casa Centrală sau din oricare altă instituţie de stat, cu o vechime de cel puţin 3 ani în această funcţie şi cu o practică medicală de cel puţin 8 ani;

c) Medicii din Asigurările Sociale, de orice categorie, cu o vechime de 5 ani în Asigurările Sociale, sau în una din instituţiile de Stat şi cu o practică medicală de 8 ani;

d) Orice medic care nu a funcţionat la Stat sau în Asigurările Sociale dar cu o practică medicală de cel puţin 10 ani;

e) Orice medic, pentru a fi numit în Asigurările Sociale, inclusiv medicii consultanţi, trebue să aibă:

1. Libera practică a medicinii;

2. Să fie înscris în colegiul medicilor;

3. Să fi efectuat o practică medicală timp de doi ani, în mediul rural, urmând ca dovada stagiului să fie fă-

cută printr'un certificat al ministerului sănătăţii şi asistenţei sociale.

ART. 219. — Medicii având şi atribuţiuni administrative din direcţia medicală, conducători de secţii sau de birouri, cum şi medicii şefi ajutori dela Casele de asigurări şi medicii diriginţi de dispensarii, se vor recruta dintre medicii din Asigurările Sociale cu o vechime de funcţionare, în această instituţiune, de cel puţin 5 ani, sau dintre oricari alţi medici cu o practică medicală de cel puţin 8 ani, după ce vor fi trecut examenul de capacitate în condţiile legii sanitare şi de asistenţă .

Examenul sau concursul pentru ocuparea locurilor vacante se va trece la ministerul sănătăţii şi Asistenţei sociale, cu comisii în care vor fi delegaţi de ministerul muncii şi doi medici ai acestui minister.

Locurile de medici vacante la ministerul muncii (Casa Centrală sau Casele de asigurări), afară d eacele de medici consultanţi, se vor publica în Monitorul Oficial, prin direcţia personalului din ministerul sănătăţii şi asistenţei sociale, în aceleaşi timp cu cele din ministerul sănătăţii şi asistenţei sociale. Examenul sau concursul va fi comun pentru toate locurile, iar cei reuşiţi la examene sau concursuri îşi vor alege serviciile dup ăo listă comună, în care, obligator, vor fi înscrise toate locurile rămase vacante, la amândouă ministerele, până la publicarea în Monitorul Oficial.

ART. 220. — Recrutarea medicilor de spitale şi sanatorii, de toate categoriile, precum şi a medicilor de radiologie ,de fizioterapie şi de laborator, se va face pe bază de examen sau concurs.

Confirmările medicilor din ministerul muncii se vor face de ministerul sănătăţii şi Asistenţei Sociale, în aceleaşi condiţiuni ca şi cele ale medicilor acestui minister.

Medicii ministerului muncii vor fi încadraţi în funcţiuni similare cu ale ministeruluj sănătăţii şi asistenţei sociale. Aceste încadrări se vor face de către ministerul sănătăţii şi asistenţei sociale în urma propunerij ministerului muncii.

ART. 221. — Recrutarea medicilor consultanţi de orice categorie se va face dintre foşti medici secundari, cu concurs, ai Casei Centrale, ai Eforiei Sptilalelor Civile, ai Aşezămintelor Brâncoveneşti ai Epitropiei Sf. Spiridon, cum şi ai Casei muncii C. F. R., precum şi dintre medicii care vor fi reuşit la unul din examenele de capacitate ţinut la ministerul sănătăţii şi asistenţei sociale, cu specialitatea respectivă.

Numai în cazul când nu vor fi candidaţi dintre medicij prevăzuţi în categoriile de mai sus, ocuparea posturilor publicate vacante se vor putea face pe baza unui examen.

La acest examen se pot prezenta medicij c uo practică de cel puţin trei ani.

ART. 222. — Examenele şi concursurile prevăzute la art. 218, 220, 221 şi 224 se vor ţine la ministerul sănătăţii şi asistenţei sociale, în condiţiile legii sanitare şi de ocrotire. In comisiune va fi numit şi un medic delegat de Casa Centrală a asigurărilor sociale, examinarea urmând a se face şi din materia asigurărilor sociale.
Numiriel se vor face prin decret re gal.

Medicji consultanţi se numesc pentru prima oară cu titlu provizoriu.

ART. 223. — Posturile de medici consultanţi cu titlu definitiv nu vor putea depăşi o treime din numărul total a lposturilor prevăzute în buget pentru medciii consultanţi.

Numărul medicilor consultanţi cu titlul definitiv se va stabilj, pentru fiecare Casă de asigurări şi organizaţie sanitară a asigurărjlor sociale, ţinându-se seamă atât de nevoile asistenţei medicale ale regiunii cât şi de proporţia specialiştilor necesari.

Medicii consultanţi cu titlu definitiv se recrutează la propunerea comisiei medicale consultative din Casa Centrală, dintre medicii prevăzuţi în art. 221, cu o vechime de cel puţin cinci ani în activjtatea medicală din asi gurările sociale.

Dispoziţiuni generale privind organizarea medicală

ART. 230. — Condiţiile generale pentru a putea fi numit în vreuna din categoriile de personal prevăzute la art. 206 din prezenta lege, sunt acelea prescrise d eart. 191 din legea sanitară şi de ocrootire .

Orice angajare de personal medjcal farmacist, chimist sau auxiliar medical se va face numai potrivit normelor stbailite în prezenta lege ,jar angajarea pe cale de contract va fi interzisă pe viitor .

Medicilor car efuncţionează pe temeiul unui contract lj se poate acorda o despăgubire globală ce se va stabili d ecomun acord între medicul anagajat şi consiliul de administraţie al Casej Centrale a Asigurărilor Sociale. In niciu ncaz această despăgubire nu poate depăşi 30% di ndreptul de sala riu pentr utermenul ce ar avea de servit până la data expirării contractu lui.

ART. 231. — Personalul medical, farmaceutjc, chimist şi auxiliar medical. cu excepţia medicilor consultanţi, va fi salarizat dup ănormele stabilite pentru personalul similar aparţinând ministerului sănătăţii şi asistenţei sociale.

Salarizarea medicilor consultanţi de toate categoriile se va face după norme fixe, aceeaşi funcţiune comportând acelaşi salariu pentru aceeaşi casă de asigurări.

ART. 232. — Limita de vârstă pentru medicii consultanţi se fixează la 60 de ani, jar în localităţile izolate, unde nu se poate găsi un alt medic sub această vârstă, se poate admite prelungirea până la 65 ani.

ART. 233. — In caz de desfiinţare a unei organizaţii medjcale, personalul medical definitiv va fi trecut, tot cu titlul definitjv, în posturile libere sau în acele care vor deveni libere, având prioritate la numiri.

ART. 234. — Intreprinderile instalate în localităţi izolate, pot fi obligate s ăcontribue cu cel mult jumătate la plata salariilor personalului sanitar, angajat de Casa Centrală sau casele de asigurări sociale, în scopul de a da asistenţa medicală salariaţilor acestej întreprinderi.

ART. 235. — Casele de asigurări vor putea face asistarea gravidelor asigurate şi prin libera alegere a moaşelor. In acest scop, Casa de asigurări va putea stabili, fie cu aosciaţia personalului sanitar auxiliar tjtrat, fie cu moaşele din localitate, tariful acestei asistenţe.

ART. 236. — Farmaciştii din asigurările sociale nu pot poseda farmacii porprii şi nici nu po tfj salariaţi ai unei întreprinderi particulare de orice natură .

ART. 237. — Medicij asigurărilor sociale, încadraţi în conformitate cu dispoziţiunile prezentei legi, pot ocupa cel mult 2 funcţiunj publice retribuite, în afară de aceea din Asigurările sociale. Totalul retribuţiilor în acest caz n uva putea depăşi sub nici o formă salarjul brut fixat pentru funcţiunea de ministru .

Pe viitor, medicii numiţi în Asigurările sociale n uvor putea ocupa decât o singură funcţiune retribuită de stat, judeţ sau comună, direcţie specială sau orice altă instituţiune publică sau aşezământ controlat de Stat.

Către abonaţii „Românjei Medicală"

Rugăm stăruitor pe cititorii «Românjei Medicale» să binevoiască a trimite administraţiei noastre plata abonamentului pe anul în curs.

In acest scop am anexat la numărul de faţă un mandat postal, de care d-nii abonaţi sunt rugaţi să se servească, complectându-l şi trimiţându-l administraţiei revistei.

Les préparations des Laboratoires CLIN

ELECTRARGOL

Argent colloïdal
électrique à petits grains

Solution à 0,40 p. 1000 :
Ampoules.

Solution à 0,70 p. 1000 :
Flacons et collyres

USAGES GÉNÉRAUX :

Maladies de l'appareil respiratoire
Infections chirurgicales
Septicémies

USAGES LOCAUX :

Blennorragies
Otites
Abcés, phlegmons. Plaies

Flacons
Ampoules
5 et 10 cc.

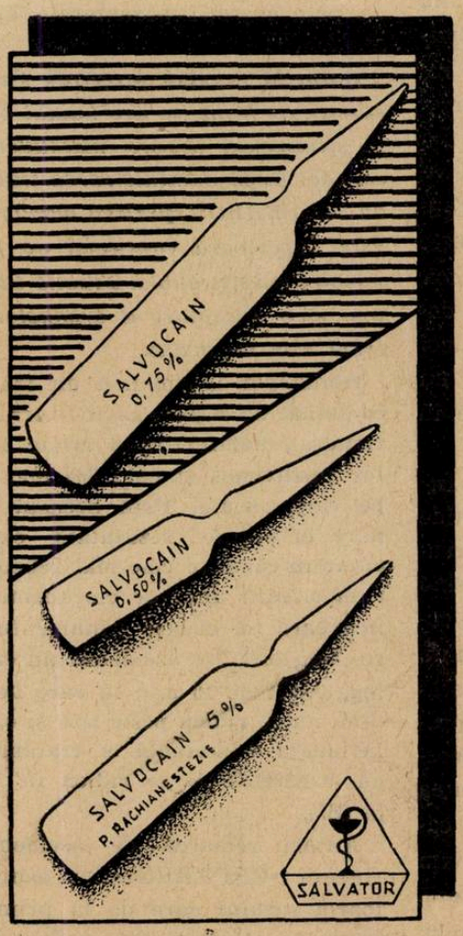
Ampoule
Compte-gouttes
de 25 cc.

Adrénaline Clin, Cinnozyl, Syncaïne, Injection Clin, Strychno-Phospharsinée Sparto-Camphre, Spartoval, Padéryl, Arsaminol, Elixir Déret, Enésol, Sulfo-Tréparsénan, Néo-Tréparsénan, Odarsol, etc.

Laboratoires CLIN 20 rue des Fossés St. Jacques Paris V.

Représentant Général pour la Roumanie:

GEORGES VERGLAS Str. Precupeţii Vechi 1. — Bucarest.



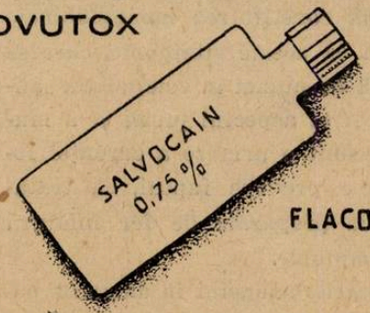
SALVOCAIN

CU ŞI FĂRĂ SUPRARENIN

STERILITATE INEPUIZABILĂ

DUPĂ PROCEDEUL NOVUTOX

1 NETOXIC
2 NEIRITANT
3 BACTERICID
4 HEMOSTATIC



FLACON

ANESTEZIC

LOCAL, REGIONAL ŞI LOMBAR

în toate ramurile chirurgiei.

INJECTABIL ŞI IN ŢESUTURI INFLAMATORII

CONCENTRAŢII:

0,50/0, 0,75/0, 1/0
ptr. rachianestezie sol. 5/0
în fiole dela 3—100 cmc.

LABORATORUL „SALVATOR" BRAŞOV

Mostre şi literatură: M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

NOTIŢE TERAPEUTICE

Simptomele de carenţă feroasă şi tratarea lor

de Dr. HEILMEYER şi Dr. H. PLÖTNER

Extras din Kliniche Wochenschift 1935, No. 46

Pentru a clarifica întrebarea, dacă prin terapia cu fer se exercită numai un stimulent asupra măduvei osoase sau dacă are loc o restituire materială am făcut cercetări în Clinica medicală a Universităţii din Jena asupra schimbului intermediar de fer, cu o metodă nouă, care ne permite a doza cantitativ ferul din serul sangvin. Principiul acestei metode constă în precipitarea ferului din ser cu acid tricloracetic şi dozarea fotometrică cu ajutorul derivatului de a-Dipyrridyl. Cantitatea normală de fer sangvin am găsit-o variind între 80—150%. adică în medie 90 la femei şi 120 la bărbaţi. La toate anemiile bazate pe o carenţă feroasă am constatat o micşorare a ferului sangvin. Pe când la anemiile celelalte, deşi era o scădere a hemoglobinei cât şi a eritrocitelor cantitatea ferului în ser nu era micşorată.

Paralel cu descreşterea serului sangvin la asideroze găsim şi o descreştere a acestui element în lichidul ţesuturilor şi deci un aport feros diminuat pentru celule. Şi totuşi, chiar în anemiile cele mai accentuate bazate pe lipsă de fer, s'a constatat existenţa de depozite de fer, care însă nu pot fi folosite la constituirea hemoglobinei.

Dovada că aceste simptome, care se manifestă nu numai în compoziţia sângelui, ci şi la aspectul pielei şi a mucoaselor, sunt o urmare a carenţei feroase, ne-o produce faptul, că tratamentul cu preparate de fer înlătură aceste simptome.

Modificările sângelui în anemiile bazate pe carenţă feroasă sunt caracterizate prin: diminuare în intensitatea coloraţiei fiecărei globule, diminuarea volumului — planocitoza în locul megalocitozei de la anemia pernicioasă, descreşterea numărului leucocitelor şi colorarea foarte slabă a serului.

Celelalte simptome secundare sunt: părul fără luciu şi cu tendinţă pronunţată la cădere, pielea cu aspect uscat şi palid, deformarea unghiilor, glosita lui Hunter şi mucoasa bucală cu tendinţă pronunţată la sângerare. De asemenea se constată deranjări accentuate ale secreţiunilor stomacale şi adesea hemoragii ale mucoasei rectale.

Adinamia ce acompaniază carenţa feroasă cât şi extenuarea pronunţată nu le putem atribui numai anemiei, deoarece ele dispar după un tratament cu preparate feroase, chiar înainte de normalizarea elementelor sangvine.

1. *Anemiile cronice provenite din hemoragii.* — Se ştie că hemoragiile repetate produc perderi de fer care nu pot fi acoperite destul de repede prin alimentaţie, dând loc prin aceasta la un cerc viţios, deoarece descreşterea ferului sangvin atrage după sine predispoziţia sângelui la hemoragii. Cantitatea de fer sangvin poate scădea în urma hemoragiilor mari chiar la 1/4—1/5 din doza normală. *Se recomandă deci un tratament de fer după orice hemoragie intensă.*

2. *Cloranemica achylică.* — Simptomele ei se aseamănă cu acele ale anemiei pernicioase. Ea este caracterizată prin faptul că ferul din alimente nu este asimilat şi rezorbit. Dacă administrăm unui sănătos 1 gr. de Ferr. reduct., după 2—6 ore constatăm o creştere a ferului din serul sangvin. La un bolnav de cloranemie achilică această creştere lipseşte complect. Faptul că acest fel de anemie se întâlneşte mai cu seamă la femei, se explică prin perderile în fer ce ele le au datorită menstruaţiei. In interesul unei generaţii sănătoase se recomandă un tratament profilactic feros la fete în timpul pubertăţii.

3. *Anemiile infecţioase cronice.* Infecţiile cronice ca: fistule, pielitide cronice, tuberculoză şi în deosebi reumatismul infecţios atrag după sine stări de anemie caracterizate prin coloraţia slabă a sângelui şi a serului. In vreme ce la hemoragiile acute scăderea cantităţii de fer în sânge se produce brusc, la infecţiile cronice această pierdere se produce treptat şi cu ea se dezvoltă şi sindromul anemic caracterizat prin: diminuare de volum a elementelor sangvine şi planocitoză. De obicei un tratament cu fer vindecă mai cu greu o anemie bazată pe o infecţie cronică, prin faptul că lipsa de fer există nu numai la măduva osoasă, ca în anemia pur feroasă, ci şi în locul unde există infecţia. De amintit este şi faptul că în acest infecţii cronice avem adeseori şi o gastrită cronică care face să fie dificilă asimilarea ferului din alimente.

Din aceste considerente rezultă necesitatea unui tratament intens cu preparate de fer în cazurile de anemie infecţioasă cronică. Variaţiile cantităţilor de fer în sânge ne pot servi drept indice diagnostic şi prognostic.

4) *Anemiile provocate de tumori.* — Foarte adeseori tumorile, chiar acele care nu sângerează, produc o stare de anemie care se ameliorează vădit în urma unui tratament de fer. Doze masive de 3—10 gr. Ferrum reductum au fost administrate în cazuri de tumori. Starkenstein a arătat că numai ferul ionizat poate fi rezorbit şi că gastritele împiedică asimilarea normală a ferului din alimente cât şi din medicamentele administrate pe cale bucală. Aceste neajunsuri sunt îndepărtate prin administrarea preparatului de fer «CEFERRO» (Nordmark), care *conţine ferul în stare ionizabilă, deci uşor asimilabilă* şi care se poate aplica prin injecţii parenterale bine suportate.

Datorită acestui preparat s'a putut stabili, că ferul nu are numai o acţiune stimulentă asupra măduvei osoase, căci după administrarea injecţiilor de «CEFERRO» sporirea hemoglobinei este superioară cantităţii de fer injectate, adesea dubla. Trebue să admitem şi o stimulare a organelor unde ferul este depozitat.

Heilmeyer recomandă un tratament combinat de «CEFERRO» oral şi parenteral, administrând zilnic 10 mgr. fer intravenos şi cam 300 mg. de fer pe cale bucală. Prin această combinare el obţine rezultate excelente chiar în cazurile cele mai rebele, după cum citează unul de cloranemie achilica care nu cedase tratamentului feros obişnuit. De asemenea un caz analog, vechi de 10 ani, la care hemoglobina nu se ridica peste 60% şi care sub influenţa combinată a tratamentului cu «CEFERRO» se ridică în 34 zile la 96%.

Autorii remarcă de asemenea influenţa «CEFERRO»-ului asupra culoarei serului care de la primele injecţii se schimbă din galben deschis în galben auriu, coloraţie datorită creşterei bilirubinei din serul sangvin.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Plantelor. 21

In afecţiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special pneumonie, abces pulmonar, bronchopneumonie, pleurezie purulentă, etc.

apoi în septicemie, remediul suveran

Camfalcol inj.

Camfor — Alcool — Glucoză

Pentru injecţiuni intravenoase.

20—80 cc. pe zi, după gravitatea cazului.

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori mai activ, decât administrat pe cale bucală.

prescrieţi deci:

Calcimusc

Soluţie sterilă de gluconat de calciu, 10% pentru injecţiuni intramusculare şi intravenoase.

Fiole de 5 şi 10 cm^3

Medicaţia salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulţi şi copii.

KALMOPYRIN

Tablete Pulbere

URALYSOL

Acid Timinic - Citrat de Hexametilen-Tetramină, Hexametilen-Tetramină. Dietilen, - Diamina, Carbonat de Litină, Benzoat de Sodiu, Excipient q. s.

TRATAMENTUL DIATEZEI REUMATICE
DIZOLVANT ŞI ELIMINATOR PUTERNIC AL ACIDULUI URIC

Elementul fundamental al acestui preparat, îl constitue Acidul Timinic, dizolvantul natural al Acidului Uric.
Citratul de Hexametilen Tetramina şi Hexametilen-Tetramina asigură antisepsia căilor urinare şi biliare.
Dietilen Diamina funcţionează ca eliminator al Acidului Uric.
Carbonatul de Litină activează diureza.
Benzoatul de Sodiu este antiseptic al aparatului urogenital şi colagog în litiaza biliară.

INDICAŢIUNI:

URALYSOL este indicat în toate maladiile urice:

Artritism, Gută, Reumatisme, Gravelă, Arterio-Scleroză, Colici hepatice şi nefretice, Anumite Dermatoze (Eczeme-Herpes), Cistite, Pielite, Nevralgii, Migrene, Urticarii.

FORMA ŞI MODUL DE INTREBUINŢARE:

URALYSOL se prezintă sub formă de granule cu gust foarte plăcut şi se ia în dozele următoare:

ADULŢI: Dimineaţa şi seara câte una linguriţă cu granule dizolvate într'un pahar plin cu apă.

COPII: Dimineaţa şi seara câte 1/2 linguriţă cu granule dizolvate în apă.

In afecţiunile cronice, se vor face în medie o cură de 12 zile pe lună; primăvara şi toamna 20 zile pe lună.

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

Strada Toamnei No. 103, BUCUREŞTI III **Telefon 221/38.**

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2, BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 5 — 10 Lei Exemplarul — 1 Martie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIA SANITARĂ"

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. IACOBOVICI şi Dr. ŞTEFAN JIANU: *Radiografia mamelei după insuflaţie* 61

Dr. TEODOR SARAGEA: *Accidentele grave în transfuzia cu sânge compatibil.* 63

Dr. N. PRIBOIANU: *Modificări stetacustice la vârfuri cu punct de plecare, leziuni hilare.* 66

Dr. AUREL STOIANOVICI: *Meningita verminoasă.* 67

Pagina

NOTE PE MARGINEA CĂRŢILOR

Prof. Dr. Iuliu Haţieganu şi Prof. Dr. I. Goia: Tratat de Semiologie şi Patologie medicală. Vol. III, 1939, recenzat de Prof. Dr. P. Tomescu . 70

REVISTA CĂRŢILOR

Medicina şi Farmacia în trecutul Românesc, de Dr. Pompei Samarian, recenzat de Dr. T. Pilicaru . . . 68

Reumatismul din punct de vedere practic, de Doc. Dr. I. Stoia şi Dr. Heda Stoia, recenzat de Dr. C. Angelescu. 69

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Agregaţi şi Conferenţiari încadraţi la Facultatea de Medicină din Bucureşti; Practica Stomatologiei în România; Examenul de capacitate pentru medicii sanitari; Călătorie medicală pe Coasta de Azur; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei. 71

Noul comitet al Societăţei de chirurgie; Noul Comitet al Asociaţiei Medicilor de la Paris; Noui medici secundari ai Ministerului Sănătăţei 72

In tratamentul leucoreei vaginale

Devegan

BAYER

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Stimulează funcţiunea slăbită a mucoasei vaginal
Restabileşte condiţiunile biologice normale, stimulând şi înmulţind bacilii lactici.

AMBALAJE ORIGINALE.
Cutii cu 15 şi 30 comprimate.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 3-722.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR GONO- ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

INDICAŢIUNI: Blenoragii subacute şi cronice, anexite, epididimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panaraţii, flegmoane, furuncule, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.

Ambalaje: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

„LABORATORUL TION" Dr. OERIU
Reprezentanţa A. GROZEA & Co. — Bucureşti — Str. Doamnei 21
Telefon 4.59.70 - 4.69.53

In laringite Tbc., anghine, amigdalite şi orice afecţiuni ale gâtului

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

Aethyl amidobenzoic 0,03; Fenacetin 0,08 thymol, menthol, ol. Eucalipt á á 0,015.

Doza: Adulţi: 8 pastile pe zi, copiii mai puţin, după vârstă. Pastila se suge încet în gură până la terminare.

Tub orig. a 25 pastile.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg

Amine ale acidului izovalerianic.

De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.

Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

Laxativ şi Purgativ

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.

Nu produc obişnuinţă.

Doza laxativă: 1 pastilă seara.

Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.

Cutii orig. a 80 drageuri.

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, luminal sin, Na. benzoic, etc.

Adulţi: 3 — 4 linguri, copii 3—4 linguriţe pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofosfat de Ca. Extr. Kola, strichnin, vin malaga.

Adulţi 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăţi, etc.

CEREBROL-Medicis.

[Calcium. Brom] Analgesină. Valeriană.

1/2 gr. brom pe linguriţă.

Doza: 3 linguriţe pe zi sau după caz, în puţină apă sacharată.

gust agreabil.

CALCIUM BUCAL

PENTACALCINA Pudră

Ca. fosforic, silicic, fluorat, carbonic, magnezie carbonică, sach. lactis.

Adulţi: 2—3 linguriţe pe zi, copii sub 10 ani, jumătate doză.

GUŞE şi BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.

Injecţiuni subcutane rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.

Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.

1 Fiolă la 2—3 zile.

Calcium injectabil

PENTACALCINA Fiole

Dipropanoil fosfogluconat de Ca.

Inj. intramusculare sau intravenoase.

Cutii orig. cu 5 fiole a 10 cc.

Repr. I. Zelţer — Bucureşti Str. Profetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele de En-gros de medicamente.

Schering

Testoviron

Indicat la:

Stări de surmenaj intelectual,
Diminuarea forţelor fizice,
Insomnie,
Neuroze cardiace şi gastro-intestinale,
Hipogenitalism şi scăderea potenţei sexuale,
Hipertrofie prostatică

Testoviron
este un propionat de Testosteron în soluţie uleioasă, cunoscut în prezent ca forma cea mai activă a hormonului sexual masculin

Preparat pur de hormon sexual masculin

Hormon cristalizat dozat exact în miligrame

SCHERING A.G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

In receptura zilnică contra insomniei se prescrie

Phanodorm

Somniferul universal

După somn reconfortant redeşteptare cu senzaţie de vioiciune

Ambalaj original: Tub cu 10 tablete de 0,2 g.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

„ROMIGEFA" S. A. R. — Bucureşti I
Str. Brezoianu 53. Tel. 3-9285 şi 3-9286
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor No. 18, Tel. 3-722

Dr. I. BINDER, Bucureşti II
Str. Luigi Cazzavillan 34, Tel. 3-8405.

Anul XVII. No. 5 10 Lei Exemplarul 1 Martie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

RADIOGRAFIA MAMELEI DUPA INSUFLAŢIE

de Prof. Dr. IACOBOVICI şi Dr. ŞTEFAN JIANU

Dela începutul perioadei radiologice s'a văzut că organele moi, parenhimatoase, un pot fi văzute în mod distinct prin razele Röntgen, spre deosebire de schelet şi organele formate din elemente cu greutate atomică mare care au imagini radiologice distincte.

Glanda mamară, cu toată situaţia sa superficială dă o umbră difuză, care nu ne permite să observăm modificările pe care le prezintă în interior. Fiind formată din ţesuturi în a căror compoziţie intră carbonul, oxigenul şi azotul, a fost considerată de cei mai mulţi radiologi impropie explorării radiologice.

Frecvenţa afecţiunilor sânului şi necesitatea de a avea un diagnostic sigur preoperator, iar pe de altă parte faptul că mijloacele de investigaţie ca transiluminaţia n'au dat rezultate, a făcut pe diferiţi cercetători pasionaţi, să caute posibilităţi de a face glanda mamară propice examenului radiologic.

Primele încercări de radiografie a glandei mamare au fost făcute de *Salomon* şi rezultatele obţinute au fost publicate în Arch. f. Klin. Chir. 1913 (După *N. Hicken, R. Best, H. Hunt* şi *Herris).*

Dela 1929 se fac în deosebi încercări mai numeroase de radiografie a mamelei şi în toate aceste cazuri s'a căutat să se folosească raze moi, care pot fi absorbite în cantitate mai mare de ţesuturile sânului. *Goyanes, Gentil* şi *Guedes* caută să obţină rezultate în diagnosticul radiologic al cancerului sânului.

In Franţa, *Paschetta* la 1931, comunică la societatea de radiologie din Paris, radiografii simple mamare, insistând asupra variabilităţii imaginii glandulare în raport cu starea fiziologică a glandei. Constatări asemănătoare au fost făcute şi de *Ledoux-Lebard,* care găseşte că în timpul perioadei menstruale şi lactaţiei, opacitatea glandei este mărită, iar desemnul stromei conjunctive este micşorat.

Metoda a preocupat în deosebi pe autorii de peste ocean şi au apărut publicaţii făcute de *Waren* în 1930; *Seabold* în 1933 şi *Locwood* în 1932, 33 şi 34.

Aspectul radiologic al mamelei normale a fost fixat de *Goyanes.* Pe radiografie se constată 4 planuri de densitate şi transparenţă diferită: planul cutanat cu formaţia mamilară şi areolară, planul adipos de grosime variabilă, planul glandular şi planul retroglandular ocupat de muschiul pectoral. In sânul normal şi în stare de repauz glandular fiziologic, corpul glandular apare ca un bloc de densitate mai mare cu contur posterior net, bine limitat de planul costo-pectoral; limita superioară se pierde progresiv din cauza prelungirii axilare a glandei. Trebue reţinut că limita anterioară nu este nici odată netă, mai ales în porţiunea centrală aproape de mamelon, din cauza formaţiunilor şi mai ales din cauza canalelor galactofore. Spre partea posterioară glanda dă umbră mai netă, mai densă, mai bine delimitată; în partea anterioară se observă spaţii clare alternând cu zone mai închise, dând un aspect spongios care după cum remarcă *Goyanes,* este datorit amestecului de ţesuturi diferite. Din corpul glandei pleacă trabecule conjunctive sau conjunctivo-glandulare corespunzând crestelor conjunctive ale lui *Duret,* care sunt numeroase şi se confundă cu ţesutul dens al fasciei dermului.

Guedes, în raportul pe care l'a prezentat la congresul cancerului dela Madrid, spune că diagnosticul între o formaţie benignă şi malignă este uşor, că umbra unui fibrom sau adeno-fibrom se detaşează bine, are contururi precise. Trabeculele glandulare pot fi deplasate, acoperite de tumoră, dar nu sunt întrerupte. In neoplasme, caracterele radiologice sunt opuse. *Lokwood* şi *Stewart* deasemeni afirmă că neoplasmele sânului dau modificări uşor de recunoscut pe clişeul radiografic, mamograma din cauza leziunilor destructive arată o schimbare a structurei glandulare.

Trebue să recunoaştem, că deşi s'a spus că neoplasmele şi în general orice leziune produce în glandă alteraţii caracteristice, alteraţii uşor de recunoscut pe radiografie, totuşi ţesutul neoformat are aceiaşi opacitate ca ţesutul sănătos şi umbra dată de leziuni se confundă cu umbra dată de ţesutul sănătos. Folosind o tehnică ce permite evidenţierea ţesuturilor moi, am folosit şi noi din 1933 radiografiile simple mamare. Am avut o serie de cazuri în care am obţinut imagini concludente, dar am ajuns la convingerea că radiografia simplă nu poate să evidenţieze leziunile discrete, leziunile profunde şi uneori chiar în leziunile evidente imaginea nu este prin ea însăşi concludentă.

Baraldi, este primul care în 1933 a aplicat la mamelă ceeace s'a făcut de mult la celelalte organe care nu erau direct vizibile la raze x, adică introducerea de medii de contrast în jurul acestor organe sau în interiorul organelor cavitare, care astfel devin vizibile.

Metoda aceasta a publicat-o *Baraldi* în 1934 în buletinul soc. de chirurgie din Buenos-Aires iar în 1935 o publică în revista de medicină din Rosario şi revista de chirurgie din Buenos-Aires sub numele de Röntgen-pneumo-mastie. *Benzadon* în revista Semana Medica din 1935 dă indicaţii asupra tehnicei acestei metode.

Noi am luat cunoştiinţă (profesor *Iacobovici)* de metoda lui *Baraldi* în cursul lunei Octombrie 1938, când vizitând clinica profesorului *P. Duval* acesta ne-a arătat radiografii de mamelă, spunând că a cunoscut această metodă în Argentina. Fără a cunoaşte tehnica lui *Baraldi,* folosindu-ne numai de ideea conducătoare de a face un mediu gazos de contrast, am insuflat câteva mamele cu aer şi apoi am radiografiat. Cele 10 cazuri făcute până în prezent ne-au convins că metoda — respectând anumite detalii de tehnică — nu este periculoasă.

Aerul se introduce în spaţiul retro şi premamar, încât prin difuziune în jurul ţesutului glandular se formează o capsulă de contrast care ne evidenţiază orice leziune anormală. Aerul, oxigenul şi azotul se resoarbe greu şi emfizemul subcutanat se întâlneşte la nivelul mamelei 10—14 zile dela insuflaţie; mamela se menţine destinsă, în tensiune, 2—3 zile, dând bolnavei o jenă locală. Aceste fenomene dispar complect dacă se întrebuinţează bioxidul de carbon şi când găsim emfizem 15 minute dela insuflare, atunci este sigur că am introdus şi aer pe lângă CO^2. Intrebuinţăm în mod exclusiv bioxidul de carbon, care este considerat agentul ideal al Röntgen-pneumomastiei, întrucât nu este iritant pentru ţesuturi, desemnează net structura glandulară şi este absorbit complect după 15' dela introducere. *Hicken, R. Best, Hunt* şi *Harris* spun că această mare absorţie elimină pericolul emboliilor, pericolul nu ar fi de temut chiar când incidental ar ajunge în curentul sanghin. Absorbţia rapidă face ca şi jena produsă prin distensia sângelui să fie mică şi astfel se explică faptul că

bolnavele nu refuză repetarea examenului când este necesar.

Gazul de contrast este introdus prin punctie în spatiul retro-mamar până în regiunea subclaviculară, se scoate acul și se introduce în regiunea premamară și se injectează până se obține o imagine satisfăcătoare a regiunei anterioare; pielea este bine separată de planurile subjacente. Noi facem această explorare sub ecranul radioscopic și radiografiem atunci când obținem o imagine satisfăcătoare. Dealtfel toți care au practicat insuflația mamelei recunosc că nu se poate determina cantitatea de gaz care este necesar a introduce, întrucât aceasta variază cu structura glandei și cu dimensiunile ei. In primele noastre cazuri imaginile erau mai puțin demonstrative, cantitatea de gaz injectată fiind mai mică decât era necesar.

Asepsia trebue să fie riguroasă; noi sterilizăm CO_2, trecându-l printr'un corp de pompă în care se găsește vapori de eter; acul introdus în spațiul retro-mamar separă imediat glanda de planul muscular prin pătrunderea gazului de contrast. In același timp glanda se mărește și ajunge în cazurile corect injectate să aibă de 3 ori dimensiunile dinainte de insuflare. Radiografia trebue imediat făcută, căci bioxidul se resoarbe rapid și imaginile nu ar mai fi satisfăcătoare.

Radiografia o facem după ce am stabilit prin radioscopii anterioare poziția optimă de radiografiat. Deobiceiu radiografiem așezând bolnavele în poziție verticală, folosind raze moi și teleradiografie. In anumite cazuri este bine să folosim tehnica dată de *Seabold:* bolnava este culcată în decubit dorsal oblic pe Potter-Bucky, iar un mic dispozitiv face ca mamela să nu stea turtită.

Interpretarea va trebui să țină seama de configurația normală și ca întotdeauna de datele clinice. Aspectul imaginei normale variază cu starea fiziologică și cu conformația mamelei. Mamela la fete — după pubertate — apare bine fixată de peretele toracic; tegumentele sunt mulate pe țesutul subjacent fără a adera. Pe radiografie apare distinct fața profundă a dermului, sub aceasta se găsește interpus până la glandă un strat bine desvoltat de grăsime. Acest țesut grăsos interpus și între acinii glandulari face ca marginea anterioară a glandei să fie dințată; glanda are opacitate diferită de a țesutului grăsos. La partea posterioară glanda este separată printr'un țesut grăsos mai mult sau mai puțin abundent de planurile axilei și toracc. La femeile care au lăptat se recunosc aceleași planuri, straturile de grăsime abundente necesită o bună insuflație; opacitatea țesutului glandular normal este ceva mai mare ca în primul caz. Spre menopauză, ca și la mamelele atrofiate din cazurile noastre, am constatat pe lângă aspectul general pe care îl prezintă aceste mamele care atârnă, aceleași planuri anatomice. Pielea cu fața profundă e foarte distinct izolată și separată de țesutul glandular printr'un strat relativ gros de țesut grăsos. Glanda este atrofiată redusă la o lamă opacă subțire cu limite precise și spre axilă. Stratul retro-glandular este mare și este format din grăsime și stromă conjunctivo-fibroasă; el ocupă în cazurile noastre aproape ¾ posterioare ale mamelei. Constatăm deci o inversare a dispoziției planurilor anatomice: la fete țesutul glandular ocupă cele ¾ posterioare ale sânului, la femeile între 3—40 ani, la care glanda nu atârnă sau atârnă moderat, țesutul glandular ocupă partea de mijloc și în general ½ din glandă; în sfârșit mamelele care atârnă și după 40 ani, glanda atrofiată ocupă o lamă anterioară. In interpretare vom ține seamă de datele acestea de anatomie normală, mamela opusă putând să ne servească de comparație. La partea superioară a regiunei avem planurile anatomice ale axilei care deasemeni pot fi evidențiate.

In cele 10 cazuri de Röntgen-pneumomastie practicate de noi în 4 cazuri mamela era normală.

In observația 5 este vorba de o bolnavă de 25 ani care cu 3 ani înainte a fost operată de mastită. De câteva luni, prezintă un nodul în mamela stângă, care îi produce jenă, are tendințe la creștere. La examenul clinic se simte o induratie aderentă de țesutul subjacent. Se insuflă mamela cu CO_2 și se constată că desemnul glandular nu este modificat, dar este mai opac; în același timp se observă un nodul opac delimitat cu caractere de nodul de mastită cronică.

Cazul 6. V. S., în vârstă de 30 ani descopere incidental o induratie în 1/3 supero-internă a mamelei drepte, care ar data de 2 ani și care în timpul din urmă a început să crească; tumora este rotundă, are 3—4 cm. este aderentă de piele și neaderentă de țesuturile subjacente. In axilă se palpează ganglionii. Insuflăm aer și constatăm că țesutul glandular nu este modificat, iar tumora este bine delimitată; examenul histologic făcut după extirparea tumorei arată că în adevăr este vorba de o tumoră benignă.

Cazul 7. Bolnava I. E., în vârstă de 16 ani prezintă o tumoră de mărimea unei mandarine în cadranul inferior și extern a sânului drept, care a fost observată cu două luni înainte de internare în serviciu. Tumora este dură și e situată în plin țesut glandular; ganglionii nu sunt măriți. Se injectează în țesuturi aer sterilizat. Se constată pe radiografie că țesutul glandular nu este modificat; tumora care se palpează dă o umbră omogenă bine delimitată. Se extirpă tumora și se constată la examenul istologic că este vorba de un adeno-fibrom.

Cazul 8. Bolnava P., în vârstă de 56 ani prezintă o tumoră a mamelei stângi datând de aproape un an de zile. Tumora este aderentă de piele, ganglionii axilari la palpare sunt măriți.

Radiografia mamelei după insuflație de aer arată o tumoră cu limite care nu sunt bine precizate, iar la nivelul pielei tumora aderă. S'a amputat mamela după Halsted, examenul istologic confirmă diagnosticul de neoplasm mamar.

Cazul 9. Bolnava P. M., de 40 ani se internează pentru o tumoră a sânului drept, care a fost observată cu două luni înainte. La examenul clinic se constată o tumoră dură de 4—5 cm. diametru, situată în țesutul glandular, tumora nu este aderentă de piele, mamelonul nu prezintă modificări; ganglionii nu sunt măriți.

Radiografia după insuflație arată o modificare a desemnului glandular, tumora nu este bine delimitată. Mamela a fost amputată împreună cu evidarea axilei; iar examenul histologic a arătat că este vorba de un cancer mamar.

Cazul 10. Bolnava B., în vârstă de 36 ani, este internată pentru radiografie, prezentând o tumoră care datează după afirmația bolnavei de un an. Tumora este dură, are 4 cm. diametru și e situată în apropierea mamelonului, care este în parte retractat. Ganglionii nu sunt măriți. Se insuflă CO_2 și se constată la nivelul tumorei o schimbare a arhitecturei glandei și la acest nivel o imagine care poate fi comparată cu un sechestru în țesut glandular; aspectul este al unui cancer canalicular.

Deși suntem la începutul aplicării acestei metode, când tehnica încă nu este definitiv fixată în toate detaliile, credem totuși că Röntgen-pneumomastia va contribui cu folos la diagnosticul radiologic al afecțiunilor mamelei. Odată cu această metodă, semnalăm o a doua, practicată de *Ries* în 1930 și *Hicken, R. Best, Hunt* și *Harris,* metodă care constă în injectarea în tumori sau în canalele lacteale de substanțe Röntgenopace. Această metodă atunci când se poate practica ar evidenția tumorle înainte de a ajunge palpabile, chistele, neoplasmele canaliculare, și dă date importante în mamelele dureroase.

Perfecționările tehnice, asociate cu combinarea acestor metode cu radiografia în secțiuni — tomografia — va face ca să se obțină pe radiografie secțiuni prin țesuturile mamare și să avem astfel posibilitatea de a evidenția natura tuturor modificărilor care se produc în mamelă. Acest lucru nu este departe, rămâne numai ca acolo unde există astfel de instalații să se radiografieze mamela după combinarea celor două metode.

BISMUTOTERAPIA SIFILISULUI

PE CALE INTRAMUSCHIULARA

NÉOCARDYL

SOLUTIE OLEIOASA
de butil-tio-laurat de bismut

INJECTII NEDUREROASE
ELIMINARE INCEATA SI CONTINUA

Prezenta sulfului în molecula favorizeaza actiunea terapeutica datorita proprietatilor sale antitoxice.

NEOCARDYL
(PENTRU ADULTI)
cutii cu 12 fiole de 1 1/2 cc. continând 0,075 gr. de bismut metal

NEOCARDYL
(INFANTIL)
cutii cu 10 fiole de 1 cc. continând 0,015 gr. de bismut metal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tuse

In afară de calmarea repede a centrului tusei,
Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă);
nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă.
E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro **dosi 1/4—1/2 din tabletele de 0,005 gr.**

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.,

Produse chimico-farmaceutice, BUCUREŞTI III. Str. Atena, 29.

Accidentele grave în transfuzia cu sânge compatibil

de Dr. TEODOR SARAGEA
Conferenţiar Univesitar

De îndată ce transfuzia sângelui s'a dovedit o armă terapeutică preţioasă şi când technica ei, graţie perfecţionărei metodei, a ajuns la îndemâna oricărui medic, practicarea ei a luat un avânt prodigios în întreaga lume: rezultatele ei s'au arătat mai totdeauna impresionant de fericite. Acest lucru explică desigur succesul transfuziei, dar de aci decurge fatal şi abuzul.

Este dar timpul, după atâţia ani de întrebuinţare, să aruncăm o privire de ansamblu asupra metodei şi împărtăşind entuziasmul general, să fixăm totuşi atenţia şi asupra neajunsurilor ei care însumează, din nefericire, până în prezent un destul important număr de accidente şi decese.

Aceste accidente sunt în adevăr mai puţin rare decât s'ar crede; din diferite centre numeroşi autori au început a da alarma; acestea survin chiar în transfuziile practicate după toate regulile compatibilităţii sanghine şi conduse impecabil din punct de vedere technic. *Wildegans* [10]) afirmă chiar că după anumite statistici procentul accidentelor n'a scăzut prea mult după aplicarea probelor de compatibilitate; după W. greşelile de grup nu constitue azi decât o cauză accesorie a accidentelor transfuziei.

Acoperirea acestor accidente, dacă poate fi îndreptăţită în acele cazuri grave, în cari indicaţia transfuziei se impunea în mod obligator, din contra, în toate celelalte cazuri, în care sub pretextul de pildă a unui deficit neînsemnat de 4—500.000 hematii, cum mi s'a întâmplat să văd, se practică transfuzii, utile desigur, dar nu indisponibile, şi în plus cu risc, cred că conştiinţa medicului poate rămâne încărcată cu întreaga răspundere a accidentului grav sau mortal, provocat bolnavului său.

Accidentele produse de transfuzie se ridică, după unele date publicate, la 6—7‰, dintre cari jumătate mortale. Alţi autori ,ca *Wildegans* dau o mortalitate mai joasă şi anume de 1—2‰. *Tzank* numai de 3 la 10.000. *Clairmont*, citat de *C. Constantinescu*[27]) în teza sa inaugurală, dă o mortalitate de 3‰. Din nefericire, nimeni nu are interes să publice accidentele, atât pentru a nu păgubi metodei, admirabilă în fond, că şi pentru un sentiment explicabil de jenă; astfel că numărul de accidente trebuie să fie în realitate mai ridicat şi numai răspunzând sincer unei anchete întinse, s'ar putea obţine o cifră apropiată realităţii. O astfel de anchetă a încercat *Hesse*[1]) şi pe cele 1700 de răspunsuri, plus 2360 de transfuzii personale, adică pe mai bine de 4000 transfuzii, a constatat 233 de accidente prin shoc hemolitic, dintre cari mai bine de jumătate (56%) mortale.

Accidentele grave pot surveni în cazuri în cari sângele era perfect compatibil, la indivizi din acelaş grup grup sanghin, în fine la persoane la cari compatibilitatea a fost controlată în mai multe rînduri, ca în cazurile relatate de *Palma*[26]).

Este mai interesant de semnalat frequenţa acestor accidente grave, chiar mortale în transfuziile cu sânge furnizat de donatorii universali (grupa O). Aşa, după Hesse, numărul de accidente ar fi aci de 43,4%, din numărul total de accidente în transfuzii. Acest fapt în adevăr surprinzător a fost semnalat pentru prima oară de către autorii americani, *Levine* şi *Mabec*, *Freemin* şi *Whitehouse*. Curând după aceea, mai mulţi autori în Statele Unite, Germania şi Rusia, observând numeroase accidente de shok cu sângele donatorilor universali, au sugerat ideea utilizării cât mai restrânse a acestor donatori periculoşi, — «dangerous donor». Acest lucru ar constitui o piedică serioasă în organizarea centrelor de transfuzie, cari se bazează în special, după cum se ştie, pe depistarea din vreme şi recrutarea la timp de nevoie, a acestor donatori universali.

Iată dar pentru ce autori, ca *G. Bonnal*[2]), raportând recent 2 cazuri de accidente grave după transfuzie cu un donator universal, atrage atenţia asupra faptului că transfuzia deşi utilă nu trebuie considerată ca un act terapeutic fără pericol.

Pericolul acestor donatori universali pare însă să fi fost exagerat, căci nu toţi autorii împărtăşesc acelaş punct de vedere. Astfel *De Montis* şi *Delhaye*[3]), *Moreau*, *Balgairies* şi *Christiaens*[4]), susţin că accidentele în adevăr existente în transfuziile cu donatori universali, sunt însă egal de frequente ca şi în transfuziile cu donatori din celelalte grupe.

Accidentele cari au fost observate până în prezent în transfuziile cu sânge compatibil sau considerat ca atare, se manifestă mai des sub forma de shok şi deci foarte curând după transfuzie. Trebuie să spunem că lăsăm intenţionat la o parte în acest studiu accidentele mecanice, ca embolii, dilatarea acută a inimii, citate des în literatură dar pe cari le considerăm datorite în cele mai multe cazuri greşelilor de technică sau insuficienţii examenului clinic al bolnavului. Astfel transfuzia făcută în extremis unui intoxicat, unui cachectic, unui toxi-infectat profund, unui uremic cardiorenal sau unui insuficient cardio-renal este dinainte condamnată să fie urmată de accidente mai mult sau mai puţin grave.

In asemenea cazuri indicaţia transfuziei păcătueşte şi rezultatele defavorabile cad în sarcina ingoranţei medicului şi nu în sarcina metodei. Deasemenea nu luăm în considerare accidentele survenite în urma stabilirei greşite a grupei sanghine, ele fiind datorite de bună seamă erorilor condamnabile a operatorului. Totuşi un mic procent din aceste accidente par să fie inevitabile şi din acest punct de vedere merită a fi reţinute aci: dificultatea de a stabili grupa în unele cazuri, fapt asupra căruia azi toţi autorii sunt de acord.

Prin urmare cele mai frequente accidente în transfuzia cu sânge compatibil sunt cele produse de aşa zisul shok umoral sau hemolitic, sau după alţi autori shok anafilactic. Nu este însă sigur dacă toate manifestările descrise sub aceste denumiri răspund aceluiaş tip simptomatic. In orice caz manifestările semnalate sub numele de shok hemolitic survin de cele mai multe ori îndată după transfuzie şi sunt alarmante. Cefalee subită, frison violent, febră până la 41, cianoză sau paloare accentuată, agitaţie, dureri lombare, vertige, greaţă, vărsături, hipotensiune, lipotimii, colaps şi uneori moarte. Am văzut mai sus că moartea însoţeşte aceste accidente într'o proporţie de mai bine de 50%. Ea survine în cele mai multe cazuri în primele zile (2—4); câte odată mai târziu până în săptămâna a 3-a. In cazul lui *Brines*[5]), moartea a urmat imediat transfuziei; autopsia nu a arătat nici o alterare organică, capabilă să explice accidentul mortal.

Cauzele cari provoacă acest shok la indivizi compatibili din punct de vedere sanghin pot fi uneori determinate; de cele mai multe ori ele însă rămân ascunse şi numeroasele interpretări cari au fost date acestor accidente sunt numai în parte verificate.

Astfel a fost acuzat citratul de sodiu. Este astăzi admis că citratul de sodiu intravenos în doze mari poate fi toxic; numai că accidentele de cari vorbim se produc şi în transfuzia cu sânge pur, adică cu sânge necitratat. Pentru *Hesse* conservarea prea îndelungată a sângelui predispune la accidente, cari cresc proporţional cu timpul conservării. In fine temperatura prea ridicată a sângelui administrat prin această technică de trans-

fuzie ar fi deasemenea provocătoare de accidente. Este inutil să insistăm că aceste cauze sunt desigur valabile, dar numai în transfuzia cu sânge conservat.

In ce privește sângele donatorilor universali, accidentele s'ar datora titlului de aglutinare foarte ridicat al plasmei donatorului. Se știe că hematiile donatorului universal sunt inaglutinabile (O); plasma lui însă conține aglutinine anti-A și anti-B într'o proporție mai mult sau mai puțin ridicată, neglijată în practică prin diluția mare pe care această plasmă transfuzată o suferă în sângele primitorului. Când acest titlu de aglutinare este însă foarte ridicat, ca în observațiile lui *Halter*[8]), *Moskalenko, Mueller* și *Balgairies*[9]), iar masa sanghină a primitorului redusă, hematiile acestuia pot fi aglutinate de plasma donatorului.

Urmează un accident de shok cu accidente hemolitice, ce se manifestă prin hemoglobinemie și hemoglobinurie ce se pot însoți și de fenomene renale și uneori de moarte. Mecanismul de producere a acestui fenomen nu este însă nici aci admis de toți, căci titlul de aglutinine anti-A și anti-B. ridicat, constatabil câte odată în sângele donatorului, nu poate fi regăsit în sângele primitorului. Așa *Lusena*[6]) a arătat într'o observație remarcabilă că aglutinina anti-A din sângele furnizat de un donator universal a fost fixat de plasma și organele receptorului A. Cercetările autorului par să demonstreze că aglutininele anti-A sau anti-B din sângele donatorului dispar chiar în momentul transfuziei și nu pt fi regăsite în sângele primitorului. Prin urmare și aci trebuie încă căutat mecanismul accidentelor.

Tzank consideră atari accidente datorite intoleranței primitorului, afirmație desigur justă, dar care nu explică nimic.

Oluf Thomsen[7]) crede că în fenomenul de incompatibilitate hemoliza specifică joacă un rol mai important decât aglutinarea, căci după el aceste două procese sunt diferite. De aceeaș părere este și *Wildegans*, care semnalează posibilitatea hemolizei fără aglutinare.

Sureau și *Palacco*[11]) pune accidentele acestea de intoleranță pe seama unei imcompatibilități sero-serice.

Joltrain și P. E. Weil[12]) insistând asupra frequenței accidentelor grave după transfuzie cu sânge compatibil, le justifică prin «instabilitatea sanghină» care se întâlnește mai ales în stările de boală, stări ce modifică echilibrul humoral.

In acelaș sens conchid *Moureau, Balgaires* și *Christiaens* cari cred ca și *Tzanck* că în toate aceste accidente nu donatorul este cel periculos, ci sensibilitatea primitorului a cărui stare patologică aduce modificări morbide complexe, creiază o constituție antigenică individuală, o reacțiune plasmatică specială, se găsește într'un cuvânt în echilibru instabil, ce poate deslănțui shokul la cea mai mică incitație.

Deasemenea *Simonin*[13]) găsește că pentru aceste motive stabilirea compatibilității sângelui nu este suficientă pentru a preveni accidentele, de oarece sângele fiecărui individ are caractere particulare și poate căpăta proprietăți de intoleranță mai ales sub influența unor anumite stări patologice sau printr'o sensibilizare specială.

* * *

In al doilea rând vin accidentele renale. Este drept că acestea se produc în majoritatea cazurilor când sângele este incompatibil; așa după *Liège* și *A. Herr*[14]) în aproape 80 la sută din totalitatea cazurilor. In rest însă nimic nu poate face să se prevadă eventualitatea nefritei, care îmbracă caracterul unei nefrite azotemice. Două faze se succed în desfășurarea acestui proces morbid: prima hemoglobinurică, apoi anurică și azotemică. Boala evoluiază de cele mai multe ori grav. In statistica lui *Bordley*[16]) din 17 cazuri de nefrită în urma transfuziei, 11 s'au terminat cu moarte.

Mecanismul producerei nefritei este perfect cunoscut astăzi: blocajul tubilor contorți prin produsele de dezintegrare ale hemoglobinei. Leziunile epiteliale sunt uneori neînsemnate; alte ori tubii sunt atinși de un proces de degenerescență necrotică; astfel autorii germani și americani consideră aceste nefrite aparținând tipului de nefroză. In unele cazuri se constată leziuni degenerative ale ficatului sau și a altor parenhime *(Goldring* și *Graff*[15]), *Brodley*[6]), *J. de Harven*[71]).

Bordley constată în epiteliul tubilor un pigment de natură specială. După *Baker*[18]) urina prea acidă și concentrată în cloruri precipită hemoglobina ținută în suspensie, în hematina care se depune în tubii renali și-i obstruiază, producând anurie. De aceea s'a recomandat ca un mijloc preventiv alcalinizarea urinelor. Acest lucru este confirmat și de *E. de Gowin, H. Osterhagen* și *M. Andersch*[19]) cari au dovedit experimental la câini precipitarea hemoglobinei în tubii contorți, când urina este acidă.

* * *

In fine în al treilea rând trebuie menționată posibilitatea transmiterii de boli infecțioase ca tuberculoza, malaria și în special sifilisul.

Numărul de contaminări produse în asemenea condițiuni și publicate este astăzi destul de ridicat; aproape că fiecare din cei ce practică transfuzia are cunoștință de cel puțin unul din asemenea cazuri.

Cazurile de transmisiunea malariei și tuberculozei sunt mai rari; mai des se întâmplă transmiterea sifilisului.

Erupțiunea —secundară în evoluția obișnuită a sifilisului, — este primul fenomen clinic; manifestațiunea primară lipsește ca în toate cazurile de sifilis «d'emblée», formă bine cunoscută astăzi și care-și găsește astfel prin acest fel de inoculare o reproducere ca și experimentală. Incubația ca și în sifilisul obișnuit durează până la 70 zile în mijlociu. *C. Cummer*[29]) constată posibilitatea apariției accidentelor până în luna 4-a dela transfuzie și într'un caz numai după două săptămâni.

Virulența sifilisului transmis pare să fie cu atât mai mare cu cât sifilisul a fost mai recent dobândit de donator. Sunt autori cari cred chiar că sângele unui vechi sifilitic, terțiar este necontagios, chiar prezentând un B—W pozitiv. Această afirmație hazardată desigur, socot că n'ar trebui să facă nici când obiectul unor încercări de verificare.

Odată ce erupția apare, apar și probele serologice pozitive. Au fost citate cazuri în care deși contaminarea a fost sigură, n'au apărut totuși fenomenele eruptive. J. de *Lamer* [21]) se întreabă dacă nu ar fi posibil ca după o asemenea transfuzie contaminantă să apară tardiv, ca cele dintâi manifestări sifilitice, simptome viscerale sau nervoase.

La noi în țară printre alții *E. Constantinescu* și *E. Vătămanu*[22]) au publicat un caz de sifilis transmis prin transfuzie. Cazurile semnalate și nepublicate sunt însă mai numeroase.

Inainte de a încheia șirul accidentelor de acest fel trebue amintit că sifilisul poate fi transmis și invers de la primitor donătorului când se întrebuințează aparate ce permit refluxul sângelui de la transfuzat la donator. In principiu deci asemenea aparate nu trebuesc utilizate.

* * *

Accidentele pe care le-am descris mai sus, nu pot fi după cum am văzut totdeauna evitate; totuși trebuesc luate anumite precauțiuni, care dacă nu suprimă, dar vor diminua poate procentul accidentelor.

Așa în primul rând e necesar ca în afară de stabilirea grupei sanghine prin serurile standard să se facă totdeauna și proba directă a lui *Jeanbreau* sau și mai bine metoda încrucișată a lui *Kubany*. Când timpul permite, e bine ca aceste probe să se facă nu cu sânge total, ci cu serul sângelui respectiv sau și mai bine cu plasma

Uliron

Preparatul chimioterapeutic contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul BLENORAGIEI pentru administrarea pe cale bucală.

Ambalaje noui de 12 şi 24 tablete cu preţurile de până acum.

»Bayer« BAYER Leverkusen a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.

DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC

EFERVESCENTE

UZAJ EXTERN

Calcifix

„GAMMA"

GRANULE

RECALCIFIANT

RECONSTITUANT

REMINERALIZANT

Silental

„GAMMA"

ELIXIR

NEUROSEDATIV

CARDIOTONIC

HIPOTENSIV

4–6 PE ZI.

BADIJONAJ GARGARĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

sângelui. Experienţa ne învaţă că este nevoe de mai multă prudenţă când avem de a face cu un donător ocazional, caz de altfel curent în oraşele unde nu sunt organizate centre de transfuzie.

Transfuzia ar trebui să se facă în general cu sânge pur şi numai în cazuri excepţionale să se recurgă la sânge citratat. Cât despre sângele conservat şi sângele de cadavru, întrebuinţarea lor rămâne excepţională, cum ar fi în război, în catastrofe de cale ferată, etc., unde este nevoe de cantităţi mari de sânge în cel mai scurt timp posibil. De altfel cum transfuzia este în fond o grefă de ţesut, valoarea sângelui conservat nu poate egala pe a celui viu.

Transfuzia trebue totdeauna practicată de un obişnuit al metodei. Accidentele sunt mai frequente în transfuziile improvizate, de oarece nu este indiferent pentru bunul mers al transfuziei lungirea timpului de pildă de la fixarea acelor în venă până la începerea pomparei sângelui, care poate creşte viscozitatea sângelui sau forma mici chiaguri în siringă sau în tuburi; trebue prin urmare procedat repede şi numai o persoană experimentată o poate face.

Cât priveşte profilaxia transmiterei sifilisului, nici ea nu este totdauna uşoară, căci constatarea sifilisului la o persoană poate întâmpina serioase greutăţi. *Polyes şi Lederer*[23]), care culeseseră în 1931, 12 cazuri publicate de transmitere de sifilis prin transfuzie, aminteşte că nici absenţa semnelor clinice şi nici reacţia B-W negativă nu îngădue a considera îndemn de sifilis pe un donător. J. de *Lamer* atrage atrage atenţia asupra necesităţei de a examina minuţios clinic pe donător şi în special organele genitale, căci sângele unui sifilitic poate transmite boala înainte ca reacţiunile serologice să fi devenit pozitive.

La donătorii profesionali reacţia B-W în sânge trebue repetată în fiecare lună şi la cea mai mică bănuială făcut şi examenul lichidului cefalorahidian. Vechii sifilitici trebues excluşi oricare ar fi stadiul boalei sau al reacţiunilor serologice. Numai în cazuri de extremă urgenţă se poate recurge la sângele unui sifilitic serios tratat şi cu reacţii negative.

In fine cum s'a semnalat adesea, că în cazurile de contaminare, donătorul a fost o rudă sau un bun cunoscut al familiei, luarea de precauţiuni este de rigoare tocmai în aceste cazuri.

* * *

Din datele mai sus expuse reese cred destul de clar numărul ridicat de accidente grave sau chiar mortale în transfuzii, chiar atunci când sunt executate de persoane competente şi în condiţiuni tehnice satisfăcătoare. Este prin urmare necesar ca la punerea indicaţiei unei transfuzii într'un caz oarecare să se ţină seamă de riscul ce-l comportă această transfuzie. *(Bonnal)*,

De aceea *Ch. Clavel*[24]) atrage atenţia asupra indicaţiei majore a transfuziei, pe care o constitue hemoragia în general şi în special cele din ordin chirurgical şi obstetrical. Cu cât ne depărtăm spune el, de această indicaţie fundamentală, cu atât rezultatele sunt nesigure şi pline de riscuri grave sau chiar mortale. Astfel în intoxicaţiuni şi în marile infecţiuni, transfuzia, chiar imuno-transfuzia sunt cât se poate de discutabile. Rezultatul final s'ar putea spune că este mai totdauna nul, iar actul transfuziei necesită în aceste cazuri cea mai mare prudenţă. In insuficienţa hepatică, la renali, la splenomegalici, la cirotici, în hemoragia gastrică prin stenoza pilorică strânsă, în leucemia acută transfuzia este periculoasă. *Et. Chabrol, M. Cachin* şi *Siguier*[25]) citează 3 cazuri mortale în transfuziile executate la bolnavi atinşi de icter hemolitic sau ciroza hipertrofică. Singurul caz care îl cunosc de transfuzie în ciroză a fost de asemenea repede mortal. *Tzanck* crede că splenomegaliile în general comandă cea mai mare prudenţă. *Flandin* explică accidentele mortale din icterul hemolitic prin prezenţa posibilă a unui titlu ridicat de hemolizine în sângele primitorului, care vor distruge şi hematiile transfuzate.

In concluzie transfuzia sângelui, una din cele mai preţioase cuceriri terapeutice moderne necesită un examen clinic amănunţit al bolnavului şi donătorului, stabilirea serioasă şi onestă a indicaţiei ei, un control meticulos al compatibilităţei şi o executare tehnică precisă. Altfel riscăm să păgubim bolnavului, să contravenim principiului fundamental al artei noastre şi să compromitem şi metoda.

---

1) *Hesse* Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie No. 3, 1936.
2) *Bonnal G.* Soc. de chirurgie de Marseile 13 juin 1938.
3) *De Montis et Delhaye.* 2 ème Congrès Intern de Transf. du sang. Paris Sept. 1937.
4) *Moureau, Balgairies et Christiaens.* Presse Méd. No. 49, 1938.
5) *Brines O. A.* Journal of Am. med. Ass. No 12, 1930
6) *Lusena* Il Policlinice No. 12, 1933.
7) *Oluf Thomsen* Klininische Wochenschrift No. 4 1933.
8) *Halter.* Wiener Klin. Wochenschrift No. 8, 1930.
9) *Mueller et Balgairies* Compt. r. Soc. Biol. 1936.
10) *Wildegans H.* Deutsche Med. Woch. N. 48, 1930.
11) *Sureau et Palacco.* Soc. Hématologie 6 III.1933.
12) *Joltrain et Weil.* Soc. Hématologie 6.III.1933.
13) *Simonin.* Paris méedical No. 52, 1935.
14) *Liege et Herr.* Annales de Medecine No. 4, t. XXXIV, 1933.
15) *Goldring a. Graef J.* Arch. of intern Med. N. 5• t. 58, 1936.
16) *Bordfey.* Arch. of int. Med. No. 11, 1931, p, 288.
17) *De Harven.* Le Scalpel No. 20.1930.
18) *Baker.* The Lancet No. 5937, 1937.
19) *Gowin E, Osterhagen a. Andersch.* Arch. of. int. Med. No. 3, t. 59, 1937.
20) *Cummer C. L.* The Am. Journ. of. the med. Sc. No. 6, 1933,
21) *De Lamer J.* Thése de Paris 1930 Ed. Legrand A.
22) *Constantinescu et Vătămanu.* Ann. mal. ven. No. 3. 1929.
23) *Polayes a. Lederer.* Am. Journ. of. Syphilis No. I, t. XV, 1931.
24) *Clavel Ch.* Lyon medical No. 8, 1934.
25) *Et, Chabrol. M. Cachin et Siguier.* Soc. Med. Hopit. 13.VII.1934.
26) *Palma R.* La o ritrma medica No. 25, 1931.
27) Lt. Medic *Const. Constantinescu* Teză Buc. 1933.

BIBLIOGRAFIE

Uber die Ernährung des Säuglings (Asupra alimentaţiei sugarului) von **Professor Dr. Hans Beumer**, Direktor der Universitäts-Kinderklinik în Götingen 2., erweiterte Auflage. 1 vol. 40 pag., cu 1 figură. *Georg Thieme Verlag.* Leipzig. 1937. RM. 2. (broşat). Reprezentant pentru România, librăria medicală, *H. Welther* Sibiu, str. Regina Maria No. 28.

Importanţa deosebită a alimentaţiei sugarului sănătos, se explică prin faptul că patologia acestei perioade a copilăriei este dominată esenţialmente de turburările de nutriţie, în înţelesul larg dat de Czerny acestei categorii nosologice.

Deoarece însă laptele matern, alimentul ideal, nu poate fi totdeauna pus la dispoziţia sugarilor, din diverse cauze, se pune marea problemă a unei alimentaţii artificiale echivalente.

Profesorul Beumer, cunoscutul pediatru, studiază această chestiune într'o monografie concisă şi substanţială.

Les groupes sanguins, leur application a la biologie a la médecine et au droit, par la Professeur Ludwik Hirszfeld, Directeur du département de bactériologie et médecine expérimentale du l'Institut d'Hygiène de l'État, à Varsovie. Traduit du Polonais, par Mme Hanna Hirszfeld, Docteur es médecine. Un volum de 169 pagini cu 15 fig. 30 fr,

Grupele sanguine constitue azi unul dintre capitolele cele mai interesante ale medicinei şi biologiei. Proprietăţile grupale ale sângelui au desvăluit biologistului secretul hereditătei la om, au permis medicilor aplicarea transfuziunei, a făcut posibil Justiţiei să cerceteze paternitatea şi să urmărească căile migraţiunilor seculare ale popoarelor.

Bibliografia referitoare la grupele sanguine numără mii de monografii şi publicaţiuni speciale. Era deci indicat să se facă o lucrare de sinteză asupra acestor lucrări, punând în evidenţă problemele a căror soluţiune este încă un mister. Prof. Hirszfeld care, cu von Dungern a descoperit legile hereditătei grupelor sanguine, a scris acest volum astfel ca să poată fi înţeles nu numai de medici şi biologi, ci şi de cititorii nespecializaţi

Modificări stetacustice la vârfuri cu punct de plecare leziuni hilare

de Dr. D. PRIBOIANU

Grancher a descris diferite modificări ale respiraţiei, îndeajuns de cunoscute, pe cari le socotea semne de debut al tuberculozei pulmonare.

Tot el a descris în debutul oricărei tuberculoze pulmonare două faze: o fază de *germinaţie* şi una de *conglomerare* a tuberculilor, părere ce s'a dovedit mai târziu eronată, întrucât toţi anatomo patologii sunt de acord că tuberculoza pulmonară începe cu un proces pneumonic, — *o bronchio-alveolită* (Loeper) sau *pneumonie în focar (Armand-Delille).*

Astăzi se ştie că schema lui *Grancher* nu reprezintă decât regulile unei prime infecţiuni petrecută cândva în copilărie, uneori şi mai târziu, infecţiune ce poate rămâne latent toată viaţa.

Tuberculoza adultului îşi are originea într'o reinfecţiune fie *endogenă*, cum cred autorii francezi, fie *exogenă*, cum susţine autorii germani, fie că ţine de ambele cauze.

S'a spus că orice tuberculoză cronică debutează cu vârful; explicaţia trebue căutată în faptul că vârful este mai uşor de explorat prin mijloacele curente ce clinica ne pune la îndemână.

Pe măsură ce examenul radiologic s'a perfecţionat ca technică şi a devenit un complement indispensabil al examenului clinic, s'a constatat că tuberculoza adultului poate avea sediile cele mai variate: Debut *apexian*, debut *subclavicular (Radeker, Assmann)* debut *intercleido-hilar (L. Bernard)*, debut *justa-hilar*, debut *lobar (L. Bernard* şi *Béthoux)*, debut *juxta-scisural (Sergent)*, etc...

Pentru a evita o oarecare confuzie produsă în spirit, datorită înţelesului deosebit dat diferitelor sedii anatomice ale procesului, să ne fie îngăduit a face o mică incursiune în topografia toraco pulmonară.

Radiologii înţeleg prin *vârf* tot ceeace se proectează în ortodiagramă deasupra celor două clavicule. Din punct de vedere anatomic distingem însă un *pol superior*, punctul extrem superior, unde confluează diferitele meridiane şi *vârful propriu zis*, care cuprinde toată porţiunea lobului superior (în formă de segment de con), dela pol până la 5 cm. mai jos *(Armand-Delille* şi *Lestocquoy)*.

Vârful înglobează, în aceste condiţiuni, în spate *zona de alarmă (Sergent* şi *Chauvet)*, iar în faţă primele două spaţii intercostale, sediul obicinuit al infiltratului precoce sub-clavicular.

Din aceste scurte consideraţiuni de ordin anatomic este uşor de înţeles că diferitele serii de debut al tuberculozei cronice la adult se suprapun în realitate perfect, toate corespunzând nu *vârfului geometric* (pol superior), ci *vârfului pulmonar*, regiuni ce se întinde, cum am spus mai sus, dela polul superior până la 5 cm. dedesubt.

Examinând un procent destul de mare de deţinuţi tuberculoşi, la centrul de triaj dela spitalul central «Văcăreşti», am constatat adesea semne clinice evidente de induraţie a vârfurilor, în special cel drept.

Examenul radiologic de control nu arată însă nimic particular la vârfuri, cari îşi păstrau transparenţa completă şi se luminau în tuse.

Acest aspect normal al vârfurilor la examenul radioscopic contrastă în mod vădit cu leziuni vizibile la ecran situate fie la hil, fie în imediata sa vecinătate.

Există deci leziuni hilare, cari dau fenomene auscultatorii la distanţă.

Examentul la ecran pune în evidenţă umbre hilare şi perihilare, imagini desemnate în limbajul curent cu numele de *accentuare a hilurilor*, însoţite de arborizaţiuni broncho-vasculare, irradiind în formă de evantail spre periferia câmpurilor pulmonare (tramita descrisă de *Besançon* şi *Braun)*.

Nu intru aci în detaliu, dacă aceste umbre sunt produse de ganglioni sau sunt expresiunea unor procese infiltrative situate în plin parenchim, înainte sau înapoia hilului, cum susţin *Rist, Armand-Delille*, etc.,

Mai întâlnim în jurul hilului radiologic focare fibro-cretacee multiple, perfect circumscrise, însoţite de focare analoage situate mai des în lobul inferior, sequelele unei primo-infecţiuni anterioare.

Cum parvenim să deosebim clinic procesele indurative propriu zise ale vârfurilor de lesiunile hilare şi juxta-hilare, cari dau modificări stetacustice la vârfuri.

Percuţia zonelor de alarmă şi spaţiilor interscapulo-vertebrale dă matitate, mai des submatitate, — se mai constată exagerarea vibraţiilor vocale, tuse sbucnitoare, etc., pe scurt fenomene ce indică lesiuni fibroase ale vârfurilor.

Un simptom aproape constant, asupra căruia nu pot insista îndeajuns este *transmisiunea bătăilor cordului în dreapta sternului*, uneori percepti bilă clar până în axilă.

Acest fenomen a fost descris de *Génévrier* şi *Bonin* în adenopatia traheo-bronşică, apoi semnalat de *Turban* în procesele infiltrative profunde ale lobului superior drept. Acesta din urmă autor îi atribue o valoare deosebită, ca element de diagnostic, chiar în absenţa ori căror sgomote supra-adăogate.

In adenopatia traheo-bronşică transmisiunea sgomotelor cardiace se datoreşte ganglionilor situaţi la confluenţa traheei cu bronşia dreaptă (grupul traheo-bronşic drept) — formând o adevărată cutie de rezonanţă ce amplifică sgomotul cordului şi le transmite către axilă—ceeace explică cu uşurinţă de ce modificările auscultatorii de cari am vorbit se întâlnesc mai des la dreapta.

Se înţelege că o lobită superioară dreaptă şi orice proces condensant în genere, poate realiza condiţiuni fizice analoage.

Personal am întâlnit fenomenul de mai sus şi în două cazuri de lobită mijlocie.

Simptomele, simulând o induraţie a a vârfurilor, reflex al unor lesiuni hilare, ar fi datorite şi unui alt mecanism descris de *Sergent*, — o insuficienţă respiratorie a vârfului, la rândul său datorită imobilizării parţiale a hemidiafragmului corespunzător prin tractusuri fibroase scoborând de la hil către cupola diafragmatică respectivă.

Insuficienţa respiratorie se mai întâlneşte în scolioze, în leziuni obstruante ale fosselor nazale, pareza diafragmului, etc.

Cari sunt mijloacele clinice, cari pledează în sensul unei scleroze apexiene?

Focarele apicale, fiind însoţite de pleurită, vom căuta să depistăm triada simptomatică descrisă de *Sergent:* Modificări de calibru ale pupilei, durere la presiune în zona de alarmă, prezenţa unei adenopatii supraclaviculare.

Un alt simptom, ce ne poate veni în ajutor, este îngustarea câmpurilor sonore descrise de Kroenig, reprezentând proecţia vârfurilor pulmonare deasupra claviculei, sub forma a două bande verticale situate de o parte şi de alta a gâtului. Normal ele măsoară o lăţime de 4 cm. şi transiţia dela matitate la sonoritate şi vice-versa se face brusc.

Lobitele superioare drepte dau o malitate, ce se termină la partea inferioară printr'o linie orizontală sau uşor oblică în sus, către axilă, corespunzând demarcaţiei scisurale.

Când este vorba de o primo infecţiune survenită la copii sau adulţi, ne vom gândi imediat la un pachet ganglionar traheo-bronşic, care dă o matitate în primele două spaţii intercos-

tale — în dreapta sternului (Rist) sau este mai uşor descoperit prin examenul radiologic în poziţie oblică sau transversă.

Interpretarea judicioasă a diferitelor simptome, când posedăm o bună semiologie, ne va pune pe calea diagnosticului probabil şi sediului lesiunei; cheia definitivă a unui diagnostic precis ne-o va da însă examenul radiologic, a cărui utilitate devine din ce în ce mai evidentă, în special graţie perfecţionărei din ultimul timp a metodelor radiologice.

Am insistat în prezentul articol asupra modificărilor stetacustice la distanţă, produse de lesiuni hilare, fără pretenţiuni de originalitate, — cazuri analoage au mai fost descrise, — scopul urmărit fiind în primul rând de a atrage atenţiunea asupra frecvenţei lor şi mijloacelor ce ni s'au părut cele mai potrivite de a deosebi aceste localizări ale tuberculozei pulmonare.

MENINGITA VERMINOASĂ

Observaţie clinică

de Dr. AUREL STOIANOVICI
Medic-Primar Spitalul Abrud.

Frecvenţa parazitozei intestinale în Munţii Apuseni, e cunoscută.

Mai nu e bolnav să nu afirme prezenţa lor şi să nu atribue vermilor intestinali, diferitele turburări de cari se plâng.

Ascarioza la copii se întâlneşte foarte des. Este explicabilă prin starea de necurăţenie şi promiscuitate în care trăieşte populaţia, prin lipsa unor fântâni igienice la sate şi a apei impure pe care o folosesc.

Intâlnim în practica medicală, toate accidentele pe cari le provoacă prezenţa lor.

Prin acţiunea lor: mecanică, reflexă, toxică, anafilactică, infectantă sau prin acţiune asupra nutriţiei, dau naştere de turburări digestive, uneori grave, la turburări viscerale, cutanate, hematice, nervoase şi generale.

Turburările nervoase sunt mai des întâlnite la femei şi la copii.

Se traduc prin o stare de iritabilitate generală, alteori prin perversiuni ale gustului, prin turburări vizuale ce pot merge până la orbire. S'au văzut convulsiuni epileptiforme, paralizii ale muşchilor feţei, ale ochiului, hemiplegii, paraplegii, coree, tetanie, turburări mentale, stări neurastenice, histerii.

Meningita verminoasă intră şi ea în cazul acestor manifestări, deşi se întâlneşte extrem de rar.

In 19 ani de practică medicală de spital, în această regiune, e primul caz pe care-l întâlnesc şi după informaţiile primite — nici în Clinica Infantilă din Cluj, nu s'au semnalat a semenea cazuri, decât foarte rar.

Iată observaţia clinică:

Copilul Corneliu O. de 3 ani, este adus în serviciul nostru medical, la 2 Noembrie 1938.

Antecedente personale — fără importanţă.

Boala actuală, datează de 5 luni, cu turburări digestive, dureri abdominale, vărsături, constipaţie, sughiţuri şi uneori febră. De 7 zile, copilul ţine capul dat pe spate, are febră şi ceafa e rigidă. La 4 zile după aceste fenomene, se produce o hemipareză dreptă cu pareză facială stângă..

La intrare copilul prezintă aceleaşi simptome, însă nu mai are febră.

Stare prezentă. Copil bine îngrijit, bine conformat, grăsuţ.

Afebril. Semnele lui Kernig şi ale lui Brudzinski, ca şi redoarea cefei, sunt prezente.

Examenul tuturor celorlalte organe toracice şi abdominale nu descoperă nimic anormal.

Sist. nervos: Pubilele egale, centrale, rotunde, reacţionează leneş la lumină şi la distanţă. Pleoapa ochiu'ui stâng nu se închide complet. Comisura labială stângă e ştearsă. Reflexul rotulian drept exagerat şi prezintă semnul lui Babinski de partea dreaptă.

Reflexele cutanate normale. Forţa membrelor de partea dreaptă scăzute.

Abdomenul balonat — meteorism.

Pactientul mai are şi o rinofaringită.

I se face imediat o puncţie lombară. Se extrage un lichid clar — în ipertensiune (8 cmc).

In aceeaş zi, frotiul din L. C. R., arată limfocite.

Sedimentul centrifugat şi colorat cu Ziehl-Neelsen, nu arată decât numeroase limfatice. Nu conţine bacili Koch sau alţi microbi.

La celula «Fuchs-Rosenthal» se numără 90 leucocite pe mmc.

La 4 Noembrie se mai extrage 6 cmc. de lichid C. R.

După tratamentul prescris, la 14 Noembrie copilul este complect vindecat.

Consideraţiuni.

Puncţia rahidiană — făcută în prima zi dând un lichid clar, ipertensiv — cu limfocitoză destul de mare, primul diagnostic la care ne-am oprit a fost cel de meningită tuberculoasă.

Aspectul clinic al bolnavului, totala lipsă de febră, cefaleea fără intensitatea celei tuberculoase şi neînsoţită de geamătul şi ţipătul caracteristic, precum şi lipsa pântecelui scobit, a delirului, a fotofobiei, a strabismului şi a inegalităţii pupilare ca şi *continua bună stare şi dispoziţie* a micului bolnav ne-au determinat să ne îndreptăm spre alte cauze.

Date fiind vârsta şi mediul, adâncim inteorgatoriul mamei şi descoperim că bolnavul a eliminat, în numeroase rânduri, ascarizi, câte 4—6 şi uneori chiar pe gură.

Toate celelalte cauze provocatoare de meningită, s'au înlăturat dela sine în faţa acestei constatări, iar evoluţia ulterioară a acestui sindrom meningeu, care a cedat uşor tratamentului vermifug au confirmat diagnoza de meningită verminoasă.

Nu toate meningitele verminoase, au acest sindrom meningeu incomplet.

Sau descris forme grave, cu stări de coma sau vecine cu ea, cu debut epileptiform, cu pupile care nu reacţionează, cu fotofobie, puls bradicardic, cefalee intensă, vărsături, pântece scobit şi febră mare.

Evoluţia e în general favorabilă.

Patogenia acestor meningite, e complexă. Intervine autointoxicaţia intestinală, constantă în helmintiază. toxinele secretate de viermi, cari se pot localiza pe meninge şi chiar pe scoarţa creerului, dând un sindrom piramidal cu Babinski, cum a fost în cazul nostru.

Diagnosticul poate fi ezitat la început.

De aceea, când e vorba de copii, e bine să adâncim ancheta şi de câte ori vom descoperi că a eliminat ascarizi, fie anal, fie pe gură, să ne gândim la această etiologie, rezervându-ne cu prudenţă pronosticul, până la confirmarea, prin tratament şi prin evoluţia în general benignă, a diagnosticului.

Tratamentul e cel general al meningitei şi cel antihelmintic, cărora le urmează o dispariţie rapidă a fenomenelor nervoase, perzistând ceva mai mult — cele piramidale — când există.

REVISTA CARŢILOR

A apărut vol. II din «*Medicina şi Farmacia în trecutul Românesc*» care cuprinde epoca dintre anii 1775—1834, de d. dr. *Pompei Samarian.*

Din prima clipă ce ţi-a căzut în mână, rămâi impresionat de masivitatea cărţii şi de munca stăruitoare depusă de autor «să grupeze ceiace era risipit şi să scoată de sub colbul vremei ceiace era uitat» după cum bine spune d. dr. *Victor Gomoiu,* în prefaţă.

Tipărită în condiţii excepţionale şi cu stilul caracteristic d-lui dr. *Samarian,* cartea aceasta atrage atât pe cei ce se interesează îndeaproape de trecutul nostru medical cât şi pe cei profani, cari citind primele pagini sunt captivaţi pe nesimţite până la ultima frază de curiozităţile şi obiceiurile medicale din trecutul neamului nostru.

Capitol cu capitol, autorul redă în ordine cronologică şi cu reproduceri de documente fiecare eveniment de ordin medical sau medico-social petrecut în decursul acestei epoci în Principatele Româneşti.

De altfel dela 1775 încoace se simte nevoia absolută pentru bunul mers al sănătăţii publice a acelor cu cunoştinţe medicale, creindu-se astfel medicul oficial la îndemâna şi în folosul obştesc. Toată activitatea ştiinţifică şi socială era desfăşurată de practicieni cari îşi făcuseră studiile la universităţile din Apus. Aceasta a avut darul ca descoperirile ştiinţifice de ordin medical, cari din fericire în această epocă au fost destul de numeroase în Apus, să fie aplicate fără întârziere şi în Principatele Româneşti. Astfel, Jenner, în 1789 descoperă vaccinarea, în 1799 aceasta se practică la Viena, iar în 1800 *Constantin Caracaş* o întroduce la noi, înaintea altor ţări cu un grad mult mai desvoltat de civilizaţie.

Ceiace este de remarcat e faptul că Domnitorii vremurilor dădeau tot sprijinul, ba chiar făceau toate sforţările pentru realizarea deziderateloi medicilor în ceiace priveşte higiena socială, aplicând pedepse drastice tuturor celor ce nu le executau; iar faptul că erau trecuţi dintr'un principat într'altul explică de ce aceste măsuri au putut fi aplicate cu aceiaşi intensitate şi după aceleaşi norme în ambele ţinuturi.

Astfel, *Alexandru Ypsilante* în Muntenia, creiază «Cutia milosteniei» care avea în seamă asistenţa medicală publică şi aduce apă potabilă în Bucureşti. Concomitent în Moldova, *Grigore Ghica,* înfiinţează în administraţia ţării posturi de medici şi spiţeri în folosul obştei, iar pentru doctori alcătueşte «Casa doctorilor» după sistemul corporativ.

Apoi, *Zoe Moruzzi,* face un spital nou în cuprinsul Spitalului Colţea, iar soţul ei *Alexandru Moruzzi,* în prima lui domnie în Moldova, aduce apă bună în Iaşi, pe cheltuială proprie, ca mai târziu, când trece în Muntenia să conducă personal lupta contra ciumei, organizând în acelaş timp şi un nou spital pentru ciumaţi, în Dudeşti.

Evoluţia cunoştinţelor medicale în Europa, îşi urmează cursul cu paşi destul de mari. Apar specialităţile şi în jurul promotorilor lor se creiază adevărate şcoli ce dau serii întregi de elevi cari împânzesc continentul, inevitabil şi ţinuturile noastre.

Toţi aceşti medici caută să răspândească şi la noi binefacerile ştiinţei, înlăturând empirismul de până acum. Apare o literatură de popularizarea cunoştinţelor medicale sub noul lor aspect, concomitent cu realizări practice de ordin higienic şi edilitar.

Se împarte Bucureştiul pe sectoare sanitare, fiecare conduse de câte un medic însărcinat cu supravegherea îndeaproape a sănătăţii publice şi a bolnavilor săraci, în special. Vaccinarea se face gratuit şi obligator pe fiecare sector. Comerţul produselor farmaceutice este pus sub controlul medicilor. Se fac spitale noi, pieţe publice, băi, cimitirele sunt scoase în afara zonei oraşului, gunoaele sunt îndepărtate iar populaţia începe să se convingă tot mai mult de necesitatea acestor realizări. *Kisseleff* continuă ritmul acestor realizări şi astfel medicina românească intră pe făgaşul medicinei moderne, sub îndemnul apusului.

După această privire generală autorul împarte bogatul material în două subdiviziuni.

Partea I — se ocupă de latura medicală. Potrivit informaţiilor găsite în documentele cercetate, fiecare practician al medicinei atât doctorii cu studii universitare cât şi gherahii sau chirurgii diplomaţi a unor şcoli speciale ataşate pe lângă universităţi numite «Academii de chirurgie»„ (unde se pregătea personalul ajutător medical), îşi are o serie de date biografice, cari pun la punct existenţa şi activitatea lor. Pe lângă aceştia, cari într'adevăr aveau cunoştinţe medicale dobândite prin şcoli sau universităţi, mai erau şi clandestini fără nici o pregătire, tentaţi numai de câştiguri materiale şi speculau pe bieţii bolnavi, dăunând de cele mai multe ori prin tratamentele ce le indicau. Este vorba în special de clandestinii şarlatani, cari erau cei mai mulţi la număr, pe când cei toleraţi chiar de oficialităţi, câştigaseră această încredere prin iscusinţa şi îndemânarea cu care reuşeau să se facă utili în îngrijirea bolnavilor. Mai era o categorie a practicienilor improvizaţi din nevoia de a combate unele epidemii, cari în urma experienţei căpătată pe lângă doctorii adevăraţi, aplicau toate regulele impuse de ştiinţa vremurilor. Bărbierii perzistă şi după 1775, însă rolul lor este mult diminuat şi a proape identificat cu cel de azi: «spălând şi curăţind pe bolnavi pe cap» şi gata totdeauna a da un prim ajutor medical. Moaşele empirice nu lipsesc dela nici o naştere, dar apar şi specialişti în arta moşitului, cu studii dobândite la aceleaşi academii medico-chirurgicale din străinătate; iar în 1806 se întâlnesc moaşe angajate pentru serviciul public.

Intr'un capitol foarte interesant se oglindeşte nivelul cultural medical. Influenţa terapeutică a aerului, a apelor minerale, a băilor medicale erau folosite de toţi cei cari aveau posibilităţile să o facă. Teoria miasmatică care predomina în patogenia boalelor îşi diminuă din valoare, adăogîndu-se noile păreri asupra transmisibilităţii şi prevenirii maladiilor; dovedită prin practica variolizării; iar studiul higienii sociale demonstrează cari sunt influenţele nocive ale mediului, felului de viaţă, vârstei, sexului, etc. In legătură cu patologia generală, medicală şi chirurgicală sunt citate toate informaţiile culese din documentele cercetate de autor, din cari se vede clar, gradul la care au ajuns cunoştinţele medicale. Actele de stare civilă, logodnă, căsătorie, divorţuri, erau în atribuţiile clerului care decidea asupra lor; el avea de judecat în acelaş timp şi orice fel de încălcări ale moralei. Tot acum îşi fac apariţia primele acte medico legale «engrafonul» sau atestatul medical corespunzător certificatului de azi, ca o primă manifestare a responsabilităţii medicilor. Expertizele medicale devin argumente a căror valoare nu se poate contesta. Se fac analize chimice în caz de otrăviri, autopsii complectate cu cercetări de laborator, şi toate acestea încă dela 1832.

Practica medicinei şi aplicarea regulilor de higienă se făcea greu din cauza stării rele a populaţiei în urma numeroaselor războaie şi epidemii din aceste vremuri şi fiindcă parte din medici erau preocupaţi mai mult de interesul lor material decât de sănătatea publică, iar clienţii, ca şi astăzi, nu prea îşi achitau obligaţiile faţă de medicii cari îi îngrijeau. Nu

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CARBUNE **ARGINT**

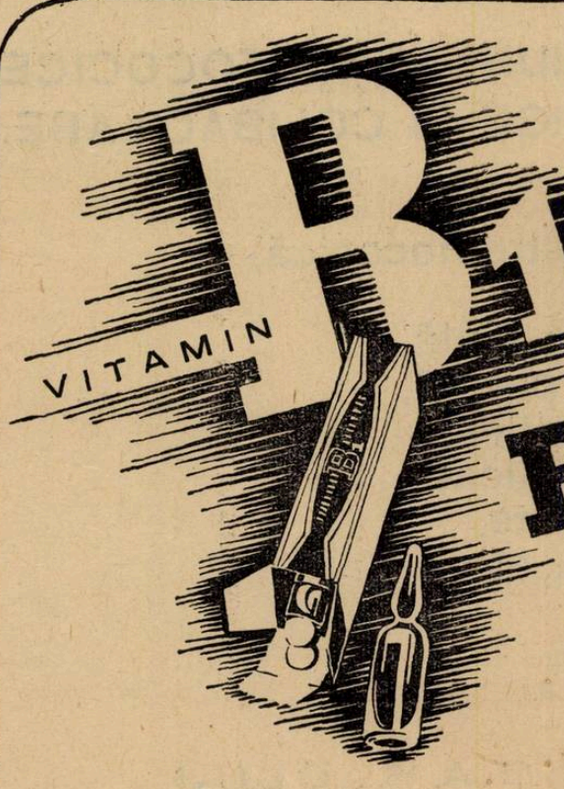
Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVIe

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21



BETABION Merck

= Vitamină B_1 pură, cristalizată (Aneurin)
In nevralgii (sciatică etc.) herpes zoster, polinevrite, myeloză funiculară diabet.

Tablete de 0,001 gr. fiole de 0,002 gr.
„forte" — fiole de 0,01 gr.

E. MERCK-DARMSTADT
Reprezentant: Dr. J. BINDER
Bucureşti II, Str. Luigi Cazzavillan 30

UN PRODUS CHIMICO-TERAPEUTIC
AZO-SULFONAMIDIC

0,30 gr.

SULFAZOL

Tablete pt. uzul intern

0,20 gr. CHLORHYDRAT DE SULFONAMIDO-CHRISOIDINĂ.
0,10 „ p-AMINOBENZENSULFONAMIDĂ.
0,30 gr. PE TABLETĂ.

INDICAT IN AFECȚIUNI STREPTOCOCICE
STAFILOCOCICE ȘI COLIBACILARE.

Erizipel,
Meningita streptococică,
Scarlatină,
Endocardită lentă,
Febră puerperală,
Avorturi septice,
Faceri complicate,
Trombo-flebite,
Irido-ciclite, etc.

Ambalaje:

Tuburi cu 10 și 20 tablete
Cutii cu 100 tablete (spital).

HYGEA

HYGEA S.A.R. CLUJ
Fabrică pentru produse chimice și farmaceutice.

făcea excepţie nici «invidia medicorum» în dauna prestigiului medicinei şi a bolnavilor. Capitolul medicinei veterinare cuprinde: date precise asupra epizotiilor ce au bântuit în ţările noastre, citate din câteva broşuri de popularizarea cunoştinţelor veterinare, cele dintâi instrucţiuni tipărite în limba românească de către comitetul carantinelor, iar mai târziu, creearea prin Regulamentul organic de veterinari cari să controleze tăierea vitelor şi însfârşit, în 1834, începe a se preda elevilor dela seminarii, noţiuni de medicină veterinară.

Toate informaţiile de ordin farmaceutic culese din documentele cercetate sunt redate în ordine cronologică urmând acelaş plan ca şi pentru cele de ordin medical, în partea II-a a volumului.

Apar primele spiţerii cu caracter particular spre deosebire de cele ataşate pe lângă Spitalele Colţea, Pantelimon şi Spiridoniei şi a farmaciilor pentru folos obştesc susţinute de către domnitorii timpurilor. Zi de zi, practica farmaceutică fiind rentabilă, se înfiinţează noui farmacii particulare, chiar şi în oraşele mai îndepărtate de centrele civilizaţiei din Principate.

La început, cei ce se îndeletniceau cu procurarea medicamentelor erau tot doctorii, ocupaţie pe care au exercitat-o şi după înmulţirea farmaciilor: chiar *Kisseleff* o consideră obligatorie pentru medici.

Controlul comerţului farmaceutic se impune, şi domnitorii iau primele măsuri cu aspect legiferativ. Spiţeriile sunt puse sub controlul epitropilor cari împreună cu doctorul ţării fixează «taxisul» pentru vânzarea medicamentelor, înouirea drogurilor şi controlul general al farmaciilor. Totdeodată sunt stabilite şi sancţiunile ce se impun în orice abatere dela conduita farmaceutică. Toate acestea fiind aplicate în urma inspecţiilor repetate ce se făceau de către doctorii oficiali.

După 1800 se reglementează deschiderea farmaciilor prin aprobarea domnitorilor, după ce solicitanţii erau supuşi unui examen de capacitate.

Odată cu regulamentul organic sunt fixate nouile condiţii ce trebue să îndeplinească un spiţer ca să poată deschide o farmacie şi se institue un control sever al comerţului de medicamente de către comisia de doctori. Măsurile erau din ce în ce mai drastice.

In 6834 s'a desfiinţat vânzarea clandestină a drogurilor şi s'a încredinţat acest comerţ negustorilor specialişti; acum se găseşte pentru prima oară întrebuinţat termenul de «droguerie».

O colecţie de reţete cu indicaţii terapeutice întrebuinţate în mod curent precum şi un capitol în legătură cu felul de aprovizionare cu medicamente, ilustrează perfect modul în care se practica pe acele vremuri arta farmaceutică.

Un indice alfabetic al numelor proprii citate, un dicţionar de cuvinte vechi întrebuinţate în documente şi o bibliografie prodigioasă închee acest volum.

In rândurile de mai sus am căutat să aruncăm o privire de ansamblu asupra acestui volum, pentru ca văzând în rezumat materialul tratat de autor, să ne dăm întrucâtva seama de importanţa acestei lucrări. Sarcină ingrată, de oarece cu greu poţi să faci să se vadă dintr'un scurt rezumat importanţa unei lucrări a cărei fiecare frază este rezultatul unei laborioase cercetări de documente iar înşiruirea şi interpretarea faptelor poartă pecetea personalităţii autorului.

Numai citind şi recitind acest volum îţi poţi face o părere justă de valoarea lui.

In adevăr, pentru a realiza ceiace a realizat d. dr. *Samarian* se cere o muncă pe cât de intensă pe atât de migăloasă. Inarmat cu această putere de muncă, în slujba căreia a pus recunoscuta D-sale competinţă în materie de istoria medicinei, a putut să dea la iveală această operă.

Insă, pe lângă valoarea pur de specialitate pe care o prezintă lucrarea, mai găsim aci şi o altă valoare, aceia a operei literare. Găsim aci o parte din sufletul autorului, ghicim dragostea D-sale, pentru trecutul nostru, pasiunea D-sale de a cerceta cu grijă tot ceiace ar putea să arunce o lumină asupra diverselor faze prin cari a trecut evoluţiunea medicinei în trecutul nostru.

Tot acest material este redat într'un stil literar, elegant dar în acelaş timp concis şi ştiinţific, ceiace face din lectura acestei cărţi o adevărată delectare.

In ceiace priveşte opera în sine, importanţa ei este multiplă. Pentru specialistul în istoria medicinei ca şi pentru istoric, constituie o lucrare de mare valoare prin ampla documentare cu citate şi reproducere de documente a tuturor evenimentelor de ordin medical şi medico-social din epoca cuprinsă în acest impunător volum.

Orice medic are datoria să cerceteze această carte, pentru a vedea câte sforţări au trebuit la noi, până să se ajungă la stadiul actual al organizării şi practicei medicale. Prea suntem obicinuiţi să vedem evoluţia medicinei numai în Apus, ignorând că şi la noi am avut, chiar în timpuri de grele încercări pentru poporul nostru, oameni cu pregătire medicală superioară, cari cu multă dragoste şi competinţă s'au pus în slujba binelui public.

In afară de istoric şi medic, toţi cei cari se pretind intelectuali, toţi cei cari se interesează de variatele probleme ale existenţei noastre naţionale, trebue să se documenteze şi asupra aspectului medical al evoluţiei noastre sociale.

Dr. PITICARU T.

Doc. Dr. I. Stoia şi Dr. Heda Stoia: Reumatismul privit din punct de vedere practic. Studiu anatomo clinic şi terapeutic.

Un volum de 152 pagini cu prefaţa în limbile franceză, germană şi engleză.

Autorii, dr. *I. Stoia*, medic primar al serviciului de boli interne din spitalul Central «Prof. Cantacuzino» care s'a consacrat studiului afecţiunilor reumatismale şi d-na dr. *H. Stoia*, medic oficial al Băilor radioactive din Ioachimsthal cu reputaţie mondială în tratamentul reumatismului, — prezintă un interesant studiu asupra Reumatismului. Este sinteza cunoştinţelor căpătate printr'un aprofundat studiu al lucrărilor publicate până aci, la noi şi în străinătate, în acest domeniu şi al unei îndelungate practice medicale în această specialitate.

Lucrarea este împărţită în 15 capitole, în cari sunt tratate maladiile reumatismale cele mai frecvente, de relevat fiind importanţa ce a fost dată diagnosticului diferenţial.

Expunerea succintă a diferitelor capitole fac ca ele să nu poată fi rezumate. Descrierea fiecărui sindrom este urmată de studiul anatomo-patologic macro şi microscopic. Nu este neglijat nici aportul adus în precizarea diagnosticului de către laborator şi de radiologie.

Nota originală a acestei lucrări o constitue capitolul tratând despre tratamentul maladiilor reumatismale prin aplicaţiile de radium (curieterapie). Acest tratament palicat pe o scară întinsă în Ioachimsthal şi pe care nu-l găsim citat decât arareori în literatura medicală, este descris cu amănunte şi este însoţit de o statistică interesantă arătând efectele obţinute pe un număr impresionant de bolnavi.

Această lucrare aduce un aport important în studiul reumatismului şi directive noi în tratamentul afecţiunilor reumatismale.

Dr. C. ANGELESCU

NOTE PE MARGINEA CĂRȚILOR

Prof. Dr. Haţieganu şi Prof. Dr. I. Goia:

Tratat de Semiologie şi Patologie medicală. Vol. III — Cluj. 1939.

de Prof. Dr. P. TOMESCU

In cursul lunei Februarie a apărut volumul al III-lea din tratatul de Semiologie şi Patologie Medicală al profesorilor *Haţieganu* şi *Goia*.

Acest ultim volum de 642 pagini în format mare, încheie nu numai o operă medicală de deosebită valoare ştiinţifică şi naţională, dar distruge o legendă neîntemeiată asupra posibilităţilor de desvoltare a literaturei medicale româneşti.

In adevăr, un popor de 20 de milioane de locuitori, cu trei facultăţi şi cu 9000 de medici, poate şi trbuie să aibă o literatură proprie.

Contrazicând această idee pe care o consideram foarte întemeiată, s'a creiat legenda că în ţara noastră ar lipsi condiţii favorabile pentru desvoltarea unei literaturi medicale naţionale.

Legenda a trecut din om în om, convingând şi pe autorii şi pe cititorii virtuali, cari o adoptă, anihilând iniţiativele în acest domeniu.

Tratatul d-lor profesori *Haţieganu* şi *Goia* de mari proporţii, de incontestabilă valoare şi de formidabil succes, a făcut printre multe alte servicii şi pe acela de a distruge legenda asupra imposibilităţii de desvoltare a literaturei medicale româneşti.

Primul volum al Tratatului de Semiologie şi Patologie Medicală, a apărut în 1934 şi cuprinde pe lângă noţiunile generale introductive de Propedeutică şi Clinică medicală, descripţiunea boalelor aparatului respirator, aparatului circulator şi aparatului renal.

Volumul al II-lea, apărut în anul 1936, cuprinde patologia gurei şi faringelui, stomacului, intestinului, ficatului, pancreasului şi splinei.

Volumul al III-lea şi cel din urmă, apărut acum, cuprinde: bolile infecţioase, bolile de sânge, bolile de nutriţie, reumatismul, intoxicaţiile şi bolile produse prin agenţi fizici.

Tratatul de patologie medicală al profesorilor *Haţieganu* şi *Goia*, s'a bucurat de o primire foarte bună din partea corpului medical românesc.

In doi ani dela apariţia primului volum, cea d'intâi ediţie a fost complect epuizată şi autorii au scos o a doua ediţie în cursul anului 1937.

In prezent pregătesc o a doua ediţie a volumui II, care este insistent cerut de medici, prima ediţie fiind complect epuizată.

Volumul III va cunoaşte desigur, acelaş succes răsunător.

Iată prin urmare că există în ţara noastră ambianţa necesară, atât din punct de vedere cultural cât şi numeric, pentru ca să se poată desvolta cartea medicală românească.

Se cer însă două condiţii: Subiectul abordat să intereseze majoritatea medicilor şi expunerea lui să fie făcută cu o deosebită competenţă.

Aceste condiţiuni sunt perfect realizate de tratatul d-lor profesori *Haţieganu* şi *Goia*.

Autorii au realizat în fiecare capitol, o lucrare strict personală. Utilizând o bogată literatură căreia i-a adăogat o îndelungată experienţă, profesorii *Haţieganu* şi *Goia*, privesc şi expun toate chestiunile printr'o prismă originală. Din această cauză Tratatul este unitar şi simetric nu numai în concepţia generală, dar şi în modul cum este tratată fiecare chestiune în parte.

O operă de proporţii atât de mari, nu s'ar fi putut înfăptui într'un timp relativ scurt, fără colaborarea întregului personal al clinicei medicale de la Cluj: d-rii *I. Gavrilă*, *Tiberiu Spârchez*, *L. Daniello*, *P. Surianu*, *Marius Hăngănuţ* şi *A. Moga*, au adus o contribuţie importantă la redactarea celor trei volume ale Tratatului de Semiologie şi Patologie medicală.

Infăptuirea unei lucrări de dimensiunile şi de importanţa acestui tratat ar fi de neînţeles, mai ales la noi ţară, dacă nu am cunoşte personalitatea viguroasă şi energia înfăptuitoare a profesorilor *Haţieganu* şi *Goia*.

Pentru mine, care am avut norocul să cunosc pe aceşti ilustri exponenţi ai Ardealului, de acum 20 de ani, opera lor de astăzi ca şi întreaga lor activitate ştiinţifică este rezultanta logică a unei mari voinţe creatoare.

Era în 1919. Abia reveniţi din războiu, încercam, noi absolvenţii Facultăţii de medicină din Bucureşti, să refacem viaţa studenţească în cadrele noui ale României întregite.

In momentele acelea de elan patriotic, am cunoscut grupul celor trei medici ardeleni, veniţi să cerceteze medicina din vechea ţară.

Erau d-rii *Iuliu Haţieganu*, *Goia*, şi *Stoichiţă*. Tineri, dar cu o solidă pregătire medicală, ne-au impresionat din primul moment prin competinţa lor profesională, prin cultura lor generală, prin cugetarea lor politică şi prin elanul lor naţionalist.

Atunci ne-am dat seama prin impresiuni directe, la ce grad de înaltă civilizaţie se găseau românii ardeleni cari puteau avea în toate domeniile oameni de o atât de mare valoare.

Insuşirile deosebite şi farmecul personal al celor trei medici ardeleni, au provocat la Bucureşti printre medicii tineri din acel timp, o mişcare de mare simpatie, de entusiastă şi durabilă prietenie.

In fruntea lor era atunci, ca şi acum, profesorul *Iuliu Haţieganu*.

Timp de 20 de ani i-am urmărit cu afectuoasă stimă, prodigioasa sa activitate.

Clinician desăvârşit, profesor pasionat de catedră, cercetător obiectiv în domeniul ştiinţei, medic devotat, patriot neîntrecut, a lucrat cu admirabil succes — în toate aceste domenii.

Clinica sa dela Cluj este un model de organizare pe triplul plan al îngrijirilor medicale, al cercetărei ştiinţifice şi al activităţei didactice. Şcoala sa a dat o serie de specialişti de mare valoare, graţie cărora asistenţa medicală în Ardeal a făcut progrese însemnate.

Dar profesorul *Haţieganu* şi colegul său *Goia* au ţinut să extindă activitatea lor ştiinţifică şi didactică asupra unor cercuri mult mai largi. Atunci au conceput ideea Tratatului de medicină, pe care l'au înfăptuit în admirabile condiţiuni.

Acest Tratat marchează o etapă foarte importantă în desvoltarea literaturei medicale româneşti. El va constitui un *exemplu* şi un *model*.

Sperăm că exemplul va fi urmat şi cărţile ce vor apare vor fi la nivelul modelului.

Tratatul d-lor profesori *Haţieganu* şi *Goia*, mai are încă o însemnătate: El este un dar pe care Ardealul îl face culturei naţionale.

Ce splendidă demonstraţie pentru înalta valoare intelectuală a clasei conducătoare de acolo!

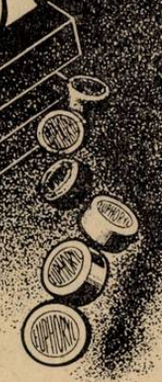
Revista «România Medicală» ţine să sublinieze apariţia celor trei volume ale Tratatului de medicină al d-lor profesori *Haţieganu* şi *Goia* ca pe un *adevărat eveniment cultural*.

Acest Tratat va fi cartea fundamentală a tuturor medicilor români cari o vor citi cu interes, o vor reciti deseori şi o vor consulta cu folos în toate cazurile grele. Ea este deci, o adevărată binefacere pentru profesiunea şi practica medicală, fapt pe care ediţiile repetate o arată convingător.

Incheind, ţin să aduc pe lângă elogiul operei, un omagiu de cordială admiraţie pentru întreaga activitate medicală şi naţională profesorului *Haţieganu*.

Om încă tânăr, de mare energie şi cu o puternică personalitate, se află în plină evoluţie, pe care i-o dorim cât mai strălucită, cât mai complectă şi cât mai rodnică.

EUPHORYL



DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

ANA LABORATOIRES "ANA", 18, AVue DAUMESNIL - P

Euphoryl infantil

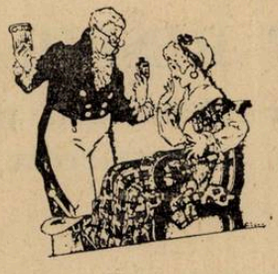
(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

ANA LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS

ANA
PARIS



Hirudinase

(DRAGELE)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare.

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORREE

ANA LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PA

Salicylate SURACTIVÉ "ANA"

SALICILAT DE SODIU in combinaţie CALCO-MAGNESIANĂ TIOSULFATAT

32 gr. SALICILAT de SODIU SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
1-2 linguriţe de cafea sau 20 de picături = 1 gr. Salicilat de sodiu/zi.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism - ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

ANA LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS. XII

Paul ILUTZA, 23, Srada OLARI - BUCUREŞTI, IV

Epuizări funcționale și stări de hiperexcitabilitate

Insomnie **Depresiuni** **Turburări vaso-motorii**

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.
Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.
Fiole de 5 și 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, București I.

Drogueria ROYAL
Piața Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
(Suisse)

La IMBOLNĂVIREA ORGANELOR RESPIRATORII

indiferent dacă e o cauză sau o consecință a stărilor inflamatorii, precum influență, scarlatină, rugeolă, Antiphlogistine contribuie să accelereze restabilirea bolnavului și să sporească buna sa dispoziție.

ANTIPHLOGISTINE

acționează în deosebi prin puterea sa curativă și prin proprietatea sa de a radia căldură timp de multe ore (fără inconvenientele, inerente întrebuințării căldurii umede de lungă durată)

Osmotic
Curativ
Iperemic și
Calmant

Eșantioane și literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEWYORK. U. S. A.

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sfi. Ionică No. 8, București I.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Agregaţii şi Conferenţiarii încadraţi la Facultatea de Medicină din Bucureşti

Următorii agregaţi onorifici şi conferenţiari de la Facultatea de medicină din Bucureşti au fost încadraţi la conferinţele existente în tabelele legii de raţionalizare, cu titlurile lor actuale conform dispoziţiunilor art. 16 al legii pentru modificarea şi completarea legilor privitoare la învăţământul superior şi special, din 4 Noembrie 1938:

1. Anatomie umană: vacantă.
2. Chimie generală medicală şi chimie biologică: vacantă.
3. Fiziologie şi fizică medicală: vacantă.
4. Anatomie patologică: vacantă.
5. Medicina experimentală şi patologie generală: Dr. *Marius Nasta.*
6. Clinica II-a medicală (Semiologie): Dr. *M. Poper* (conferenţiar).
7. Clinica Chirurgicală (Semiologie): D-rii *I. Jianu, N. Demetriad, E. Hristide* (agregaţi).
8. Clinica chirurgicală şi boalele căilor urinare: *E. Cristian, Gh. Marinescu* (agregaţi).
9. Clinica obstetricală şi ginecologică: Dr. *D. Săvulescu* (agregat).
10. Clinica dermatologică şi sifiligrafică: Dr. *Fl. Sărăţeanu* (conf.).
11. Pediatrie: Dr. *Alfred Rusescu* (conf.).
12. Clinica Neurologică şi Endocrinologia: D-rii *D. Paulian* (agregat), *A. Radovici* (conf.).
13. Clinica oftalmologică: Dr. *N. Răsvan* (agregat).
14. Clinica otorinolaringologică: Dr. *Valeriu Tempea* (conf.)
15. Radiologie: Dr. *G. Severeanu* (agregat).
16. Clinica stomatologică: Dr. *Dan Teodorescu* (conf.).

Practica Stomatologiei în România

Ziarele publică următoarea statistică referitoare la practica Stomatologiei în ţara noastră:

Medici stomatologi

Români	203
Minoritari creştini	140
Evrei	669
Total	1012

Dentişti cu practică redusă

Români	45
Minoritari creştini	66
Evrei	702
Total	815

Technicieni dentari

Români	87
Minoritari creştini	211
Evrei	753
Total	1051

Examenul de capacitate pentru medicii sanitari.

Se aduce la cunoştinţa generală că în ziua de Marţi 2 Mai 1939, la ora 9 dimineaţa, va începe la Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, din cal. Griviţei No. 64—66, examenul de capacitate pentru medicii sanitari de circ. urbane şi rurale şi medicii comunali.

Au drept să se prezinte la acest examen toţi cei cari îndeplinesc condiţiunile art. 191 şi 195 din legea sanitară şi de ocrotire, publicată în Monitorul Oficial No. 140 din 22 Iunie 1935 şi anume:

Candidaţii vor dovedi că au un stagiu de 3 luni după obţinerea titlului de doctor în medicină, într'un serviciu de boli infecţioase, de obstetrică şi de pediatrie. Sunt dispensaţi de acest stagiu internii cu concurs ai spitalelor, medicii auxiliari şi preparatorii de clinici cari vor dovedi că au făcut aceste stagii.

Medicii cari au diplome de igieniști sunt dispensaţi de aceste stagii, dacă le-au făcut în timpul cursului sau anterior.

Concursul constă din următoarele probe:

1. o probă scrisă din igienă şi boale infecţioase;
2. o probă clinică de medicină internă sau medicină infantilă;
3. o probă de obstetrică.

Candidaţii care cer înscrierea pentru examen, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de lei 1.000 cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea examenului.

Călătorie medicală pe Coasta de Azur

A XIV-a călătorie organizată de Paşte de către «Société Médicale du Littoral Méditerranéen» va avea loc anul acesta dela 8 la 15 Aprilie. Punctul de concentrare este Menton la data de 11 Aprilie. Se va vizita apoi toate localităţile Coastei de Azur împreună cu instituţiunile ştiinţifice şi culturale.

La sfârşit vor avea loc două excursiuni facultative, în Alpi şi în Corsica.

Participanţii vor fi însoţiţi de profesori, medici şi istorici cari le vor asigura documentarea în toate domeniile.

Pentru informaţiuni complimentare, programe, condiţiuni de călătorie doritorii se vor adresa de pe acum la «Office Climatique de la Société Médicale, 24, Rue Verdi à Nice».

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar al Judeţului Cahul.

Medic şef al Municipiului Craiova.

Medic primar al Judeţului Muscel.

Medic al oraşului R. Sărat.

Medic director al Centrului pentru ocrotirea copiilor din Craiova.

Medic şef al ambulatorului antivenerie din Brăila;

Medic şef al ambulatorului antivenerie din Cernăuţi.

Medic primar stomatolog (de consultaţii) la ambulat. politic. Braşov.

Medic şef al Laboratorului de Igienă Cetatea Albă.

Chimist şef la laboratorul de Igienă Satu Mare.

Medic primar al secţiei medicale dela spitalul Călăraşi; Medic al spitalelor cu cu circ. Fântânele Jud. Botoşani; Medic al spitalelor cu circ. Truseşti Jud. Botoşani; Medic al spitalelor cu circ. Cujmir Jud. Mehedinţi; Medic primar al spitalelor cu circ. Cobâlca jud. Orhei; Medic primar al spitalelor cu circ. Isbeşti jud. Orhei; Medic al spitalelor cu circ. Vertujeni jud. Soroca; Medic al circ. Fărău jud. Alba; Medic al circ. Mogoş jud. Alba; Medic al circ. Stolnici Argeş; Medic al circ. Stroeşti Argeş; Medic al circ. Baia jud. Baia; Medic al circ. Dorheşti Baia; Medic al circ. Coşeni Bălţi; Medic al circ. Latinu Brăila; Medic al circ. Breaza C. Lung; Medic al circ. Cazaclia jud. Cahul; Medic al circ. Argetoaia jud. Dolj; Medic al circ. Negoeşti jud. Dolj; Medic al circ. Belica jud. Durostor; Medic al circ. Pâhneşti jud. Fălciu; Medic al circ. Branişca jud. Hunedoara; Medic al circ. Ghelar jud. Hunedoara; Medic al circ. Govăjdia jud. Hunedoara; Medic al jud. Iazu jud. Ialomiţa; Medic la circ. Ceamaşir jud. Ismail; Medic al circ. Frecăţei jud. Ismail; Medic al circ. Rezeni jud. Lăpuşna; Medic al circ. Greceşti jud. Mehedinţi; Medic al circ. Căpuşul de Câmpie-Mureş; Medic al circ. Ghicoeşti jud. Neamţ; Medic al circ. Viscovul de Sus jud. Rădăuţi; Medic al circ. Scheiu jud. Roman; Medic al circ. Craidorolţ jud. Satu Mare; Medic al circ. Camăr jud. Sălaj; Medic al circ. Mânăştiur jud. Severin; Medic al jud. Chilia Veche jud. Tulcea; Medic al circ. Bălăseşti jud. Tutova; Medic al circ. Ghidigeni jud. Tutova; Medic al circ. Toporu jud. Vlaşca; Medic al circ. Selaru jud. Vlaşca; Medic al circ. Mateeşti jud. Vlaşca.

D-nii medici, cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa posturi vor face cereri Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, în termen de 30 de zile dela înserarea prezentei publicaţii în Monitorul Oficial, adică până la 17 Martie 1939.

Noul comitet al Societăţei de chirurgie.

Societatea de Chirurgie din Bucureşti, şi-a ales următorul comitet pentru anul 1939.

Preşedinte: *Dr. Petre Topa.*

Vice-preşedinţi: *D-rii Marius Teodorescu şi Dan Berceanu.*

Secretar general: *Dr. Th. Firică.*

Casier: *Dr. Caramzulescu.*

Bibliotecar: *Dr. Th. Burghele.*

Secretari de şedinţe: *D-rii Dan Mavrodin, P. Costescu, M. Chipail şi I. Petrulian.*

Noul Comitet al Asociaţiei Medicilor de la Paris

Asociaţia Medicilor Români pentru studii la Paris, pentru anul 1939:

Preşedinte: Dr. *C. I. Tănăsescu.*

Vice-preşedinţi: Dr. *V. Băleanu* şi Dr. *V. Mârza.*

Secretar General: Dr. *N. Stamatin.*

Casier: Dr. *N. Ghitza.*

Bibliotecar: Dr. *I. Petrescu.*

Membrii în comitet: Dr. *D. Dobrescu* şi Dr. *D. I. Mucha.*

Noui medici secundari ai Ministerului sănătăţii

In urma concursului de secundariat, depus la ministerul sănătăţii, următorii medici au fost numiţi pe 4 ani, conform legii, în posturile de mai jos:

Specialitatea medicină internă

Dr. Lăzărescu Sava, la spitalul central de boli mintale din Bucureşti, serviciul neurologic;

Dr. Ionescu Candid, la spitalul din Piteşti;

Dr. Magaziu Savel, la spitalul Buzău;

Dr. Sandu C. Mândica, la spitalul «Caritatea gălăţeană», din Galaţi;

Dr. Matei C. D-tru, la spitalul Constantinescu, din Ploeşti;

Dr. Tomorug Epaminonda, la spitalul central de boli mintale Bucureşti;

Dr. Stoenescu Mircea, la spitalul din Arad;

Dr. Gârda Florica, la spitalul epidemic din Timişoara;

Dr. Stanciu Virgil, la spitalul public din Sibiu.

Dr. Dimitriu Maria, la spitalul epidemic din Timişoara.

Dr. Planchitiu Ion, la spitalul Lugoj;

Dr. Neguş Strat Simona, la spitalul Sighişoara;

Dr. Manu Cornel, la sanatoriul Aiud;

Dr. Miocovici Ştefan, la centrul pentru ocrotirea copiilor din Oradea;

Dr. Trybus Claudiu, idem, Cluj;

Dr. Balif Lucian, la spitalul de boli mintale din Iaşi;

Dr. Grecu Nicolae, la sanatoriul T. B. C. Bisericani;

Dr. Danielevici Horia, la spitalul «Regele Carol II», din Cernăuţi;

Dr. Turcu Vera Lucia, la centrul pentru ocrotirea copiilor, din Cernăuţi.

Dr. Bonciu Teodosiu Agripina, la centrul pentru ocrotirea copiilor, din Chişinău;

Specialitatea chirurgie

Dr. Corneleac Vladimir, la spitalul «Cantacuzino», Bucureşti;

Dr. Istrătescu N., la spitalul I. G. Duca, din R. Vâlcea;

Dr. Anastasescu I. D., la spitalul Schuller, din Ploeşti;

Dr. Lapteş Emil, la spitalul Filantropia, din Craiova;

Dr. Demetrescu Amelia, la spitalul Th. Preda, maternitate, din Craiova;

Dr. Zamfir F. Radu, la spitalul Schuller, Ploeşti;

Dr. Ştefanu Slana Laurenţia, la spitalul din Tulcea;

Dr. Popa René, la spitalul Beiuş-Bihor;

Dr. Stanca Octavian, la spitalul de femei din Cluj;

Dr. Păunescu Maxim, la institutul obstetric din Sibiu;

Dr. Onciu I. Iosef, la institutul obstetric din Timişoara;

Dr. Dinculescu Traian, la institutul pentru studiul şi profilaxia cancerului Cluj;

Dr. Szöcs Ladislau, la spitalul Miercurea Ciuc;

Dr. Domide Leon, la spitalul Oradea, serv. otorinolaringologic;

Dr. Manolescu Nicolae, la spitalul din Sighişoara.

BIBLIOGRAFII

Grundriss der Geschlechtskrankheiten (Elemente de venereologie) von **Prof. Zeler.** Dritte, neu bearbeitete Auflage von **Georg Birnbaum.** 1 vol. 214 pag., cu 18 figuri şi 1 tabelă. *Georg Thieme Verlag.* Leipzig. 1938. RM. 4,90 (egat). Reprezentant pentru România, librăria medicală *H. Welther* Sibiu, str. Regina Maria No. 28.

Cunoscuta lucrare a Profesorului Zieler apare într'o a treia ediţie prevăzută şi amplificată de Prof. Birnbaum.

Intr'un spirit de actualitate practică sunt expuse cele patru maladii venerice: blenoragia, şancrul moale, limfogranulomatoza inguinală şi sifilisul, insistându-se asupra mijloacelor de depistare, asupra diagnosticului diferenţial şi asupra tratamentului.

Lucrarea constitue astfel o preţioasă călăuză pentru medicul venereolog modern.

Allgemeine und besondere urologische Diagnostik beim Jungkind. (Diagnostic urologic general şi special la copil) von **Prof. Dr. C. Neoggerath.** 1 vol. 32 pag. *Georg Thieme. Verlag,* Leipzig, 1939. RM 2. (cartonat) Reprezentant pentru România, librăria medicală, *H. Welter,* Sibiu, str. Regina Maria.

In monografia sa prof. *Noeggerath* studiază copiii dela naştere şi până la vârsta de 7 ani.

Delimitarea acestui grup se justifică prin particularităţi psihice şi anatomo-fiziologice comune, care determină anumite reacţiuni patologice, cu dificultăţi speciale de diagnostic.

Autorul descrie amănunţit diversele procedee de explorare care pot duce la stabilirea unui diagnostic precis.

O bogată bibliografie este anexată lucrării.

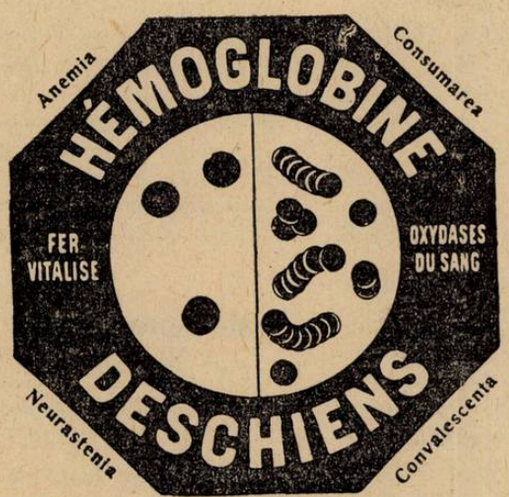
Physiopathologie de la vielliesse, et introduction a l'étude des maladies des vieillards, par P. Bastai, Professeur de pahologie médicale et de méthodologie clinique et **G.-D. Dogliotti,** chef de clinique à la Faculté de médecine de Florence. Un volum de 235 pagini cu 40 fig. 50 fr.

Cu toate că, în cursul ultimilor ani, s'a manifestat un foarte mare interes pentru problemele referitoare la morfologia, fiziologia şi patologia bătrâneţei, toate noţiunile căpătate până în prezent sunt foarte incomplecte în raport cu cele privitoare la alte domenii, de pediatrie, de pildă.

Raţiunea acestei lacune nu este de sigur datorită unei lipse de importanţă faţă de problemele interesând senescenţa, spun autorii în prefaţa lor; dar bătrânul este în general un obiect de studiu puţin apreciat, nu este primit totdeauna în clinică, este de abia tolerat în serviciile spitaliceşti şi mai de grabă este expediat în ospicii, unde găseşte îngrijirile necesare, dar studiile aprofundate nu prea sunt obicinuite. Rezultă de aci că indivizii în vârstă sunt rareori obiectul observaţiunilor atât de întinse ca în alte maladii.

In această lucrare nu se vor găsi teorii fără fundament asupra originei bătrâneţei, ci un studiu al problemelor susţinute de o bază controlabilă prin metodele biologice, susceptibile de a ajunge la limpezirea a importante probleme ale patologiei senile.

Autorii dau deci, o parte importantă fiziologiei bătrâneţei şi semnalează caracterele generale ale patologiei propriu zise a bătrâneţei care constitue o veritabilă introducere la studiul maladiilor bătrânilor, atât de neglijate până în prezent.



OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEŞTE CARNE CRUDĂ ŞI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă inainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard. Str. S F. Ionica 8. Bucaresti

Calcium Salvator

CALCIUM GLUCONICUM
10%, 20%

INDICAŢIUNI

PRETUBERCULOZĂ
TUBERCULOZĂ
HEMORAGII
CONVALESCENŢĂ
DERMATOZE

INTRAVENOS
INTRAMUSCULAR

LABORATORUL SALVATOR BRAŞOV

Mostre şi literatură: M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

NOTIȚE TERAPEUTICE

Experienţe cu Prontosil în tratamentul pneumoniilor

Dr. F. Severin, Spit. Policlinic, Viena
(Referat după Wien. med. Wschr. 1938, (No. 15).

Severin a făcut experienţe cu Prontosil solubil şi Prontosil în pneumonii De 20 de ori bolnavii au primit Prontosil exclusiv, de 8 ori s'a făcut şi un tratament anticipat, nu tocmai eficient, cu chinină; s'a administrat, la temperatura înaltă, de 2 ori 5 cmc.. Prontosil solubil i. m., apoi de 3 ori zilnic tablete de Prontosil rubrum timp de 3—4 zile, apoi, începând din ziua 4-a sau a 5-a chinină-camforă, iar pe lângă aceasta, în prealabil, cardiotonice. Intr'o pneumonie extinsă nu s'au administrat decât tablete de Prontosil fără injecţii. La 85% din cei trataţi cu Prontosil a urmat defervescenţă litică în interval de 3—4 zile, boala a evoluat fără complicaţiuni. Ca agenţi patogeni ai pneumoniei tratate au fost evidenţiaţi streptococi hemolitici, diplococi lanceolatus şi (de 4 ori) pneumo-bacilul Friedlaender. Pneumoniile foarte recente au reacţionat bine faţă de Prontosil.

Câteva cazuri:

1. 49 ani. Pneumonie stg. şi pleurită fibrinoasă, în spută pneumococul mucos şi micrococul cataral. Tratament de 2 ori 5 cmc. Prontosil solubil, de 3 ori cafeină-strichnină, odată camfor şi digitală.. Temperatura normală în a 6-a zi.

2. 51 ani. Pneumonie stg. şi str. hemolitic. Tratament: Digitală, cafeină-strichnină. Camfor. 2×5 cmc. Prontosil solubil. In a 3-a zi liză.

3. 38 ani. Pneumonie stg. şi str. hemolitic. Diplococ lanceolatus. Tratament: 2×5 cmc. Prontosil solubil, digitală, camfor, cafeină-strichnină în a 6-a zi temperatură normală.

4. 24 ani, cifoscolioză. Focare pneumonice dr. şi stg. cu strept. hemolitic. Diploc lanceol. Tratament 2×5 cmc. Prontosil solubil. Cardiace. Dela 5—8 a zi 3×2 tablete Prontosil pe zi.

5. Cifoscolioză, emfizem, focare pneumonice dr. şi stg. cu pnemobacilul Friedlaender. Tratament: Cardiotonice, 2×5 cmc. Prontosil solubil, apoi tablete. Vindecat (deşi au survenit şi complicaţiuni: tromboflebită).

6. 57 ani. Pneumonie stg. cu diplococ lanc., micrococ catarh., de 2×5 cmc. Prontosil. Cardiotonice. Liză în 6-a zi.

7. 45 ani. Bronchopneumonia ambelor loburi posterioare dr. fără focar tbc. La început camforă chinină, apoi vindecare prin 2×5 cmc. Prontosil solubil. In sfârşit vindecare.

8. 9. 27 ani Pneumon, dr. super.; 35 ani dr. inf. ambele diploc. lanceol. Cardiotonice. Prontosil sol. In sfârşit vindecare.

10. 27 ani, pneumon. dr. şi flebită fibrinoasă, dr. diplococc. lanc. Tratament: chinină, cardiotonice. 2×5 cmc. Prontosil sol. din ziua 6-a. Defervescenţă complectă în ziua 19-a.

* * *

Nevrita de sarcină şi vitamina B_1.

K. W. Schultze, Clinica ginecologică
Wuppertal Elberfeld
(Zbl. f. Gyn. 1938, (Nr. 46 pag. 2533).

In nevrita de sarcină autorul administrează întâiu şi întâiu un depozit de vitamina B_1 (Betaxin sau alte preparate de B_1), apoi femeile primesc 3—6 zile câte 1 mgr. sub formă de tablete, apoi urmează o a 2-a injecţie de 10—20 mgr. B_1; doza tabletelor se readuce apoi la jumătate. Rareori mai e nevoie de o a 3-a injecţie de B_1. In ultimul timp, *Schultze* a avut rezultate suficiente, exclusiv cu tratamentul prin injecţii. De 3 ori pe zi 20 mgr. la intervale de 2 zile. Chiar şi doza de 100 mgr. B_1, administrată în timp de 48 ore, nu produce nici-o turburare.

Pe lângă B_1 autorul administrează în veritabila nevrită de sarcină, şi o alimentaţie bogată în B_1 (drojdii, nuci, pâine de secară, carne de porc). Următoarea observaţie spicuită ne va evidenţia în mod clar rezultatul tratamentului:

Doamna M. II-pară, care în tot timpul sarcinei, acum doi ani, avea dureri violente în braţe. Turburările n'au putut fi ameliorate atunci prin nici un fel de tratament. In timpul lăuziei ele au regresat până la sensaţia uşoară de amorţire în antebraţ, care a rămas până la sarcina nouă. Acuma, gravidă în a opta lună, acuză dureri violente în regiunea nervului median şi a nervului cubital stg. Doamna M. nu mai poate dormi noaptea din cauza durerilor. Se plânge de furnicături în braţ, amorţire în ambele mâini. Observaţie: Dureri violente la presiune pe traseul nervului în antebraţ.

La 3 zile 10 mgr. Betaxin, apoi de 3 ori pe zi 2 mgr per os. După administrarea de 65 mgr. durerile au încetat cu desăvârşire. Femeia putea din nou să doarmă. Sensaţia de amorţeală n'a dispărut însă.

Prin tratamentul indicat mai sus, s'a comportat de 36 ori un succes complet, de 16 ori o ameliorare, de 7 ori tratamentul a eşuat. Eşecurile se pot datori şi unei confundări cu teamă de sarcină. Astfel o femeie care vizitase clinica abia pentru a naşte, avea în tot timpul sarcinei furnicături şi dureri în ambele braţe. Din când în când braţele îi înţepeneau complet. Tratamentul cu vitamina B_1 administrat în clinică, n'a produs o ameliorare. 9 zile după naştere au apărut deodată contracţiuni clonice în antebraţe şi poziţia tipică a «lăbuţelor». Trousseau şi Choostek intens pozitiv. Tablou de calciu în sânge se ridică numai la 6,1 mgr. %. E vorba deci de o tetanie. Doze de calciu şi A. T. 10 au făcut ca durerile să regreseze încet încet.

Varicele profunde pot deasemenea să producă durerile şi spasme ale gambei şi trebuiesc excluse în diagnosticul nevritei de sarcină.

* * *

Tratamentul local sau general al blenoragiei feminine

C. I. Gauss, Clinica Ginecologică Würzburg.
Dtsch. med. Wschr. nr. 48, pag. 1709.

Tratamentul local al blenoragiei feminine este considerat de autor ca prea puţin eficient şi ducând foarte lesne la infecţiuni ascendente. Mult mai eficace este terapia prin malaria. De un timp încoace, Gauss întrebuinţează Ulironul, obţinând următoarele rezultate:

Vindecare după	1 atac	2 atacuri	3 atacuri	Nevindecat după 4 atacuri
Blenoragie subacută	2	3	1	1
Blenoragie cronică	5	—	—	—

Din 12 femei au fost deci vindecate 11 cu ajutorul Ulironului. 4 12-a a fost vindecată abia prin malarioterapie, care sa aplicat abia după ce al patrulea atac n'a dat rezultate. E izbitor timpul scurt pe care-l necesită tratamentul; în medie, până la vindecarea cu Uliron, au trecut 44 zile. Niciodată nu s'a ivit o anexită în timpul tratamentului. Intre bolnave se află şi o gravidă; ea a primit în a 8—9 a lună, timp de 4 zile câte 3×2 tablete Uliron. Acest tratament a fost suficient pentru a produce vindecarea. Malariaterapia ar fi putut fi riscată în timpul graviditătii. Fenomene secundare nu s'au observat niciodată, respectându-se pauzele de 7—10 zile între atacurile cu Uliron. La constatarea vindecării, se va proceda firește, foarte circumspect:

2 — şi de cele mai multe ori 3 provocări, şi cercetări repetate ale secreţiei din uretră, cervix şi rect sunt neapărat necesare. Dacă nu se obţine un rezultat cu Uliron şi Malarioterapie, care da un rezultat în 93,70% din cazuri, se va face un tratament local, cu toate că Gauss îl consideră ca metoda cea mai rea. Se vor întrebuinţa aici Flavadin, Protargol etc.

Domnii medici pot obţine specimene şi literatură asupra acestor preparate adresându-se la: «*Romigefa*» *S. A. R. Buc. I., Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.*

fabrica de produse chimice
gedeon richter s. a.

Str. Plantelor, 21

In afecțiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special pneumonie, abces pulmonar, bronchopneumonie, pleurezie purulentă, etc.

apoi în septicemie, remediul suveran

Camfalcol inj.

Camfor — Alcool — Glucoză

Pentru injecțiuni intravenoase.

20—80 cc. pe zi, după gravitatea cazului.

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori mai activ, decât administrat pe cale bucală.

prescrieți deci:

Calcimusc

Soluție sterilă de gluconat de calciu, 10% pentru injecțiuni intramusculare și intravenoase.

Fiole de 5 și 10 cm^3

Medicația salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulți și copii.

KALMOPYRIN

Tablete Pulbere

LYSARTHROL

GRANULAT EFERVESCENT CHIMIO-OPOTERAPIC

COMPOZIŢIA SA:

1. UN ELEMENT OPOTERAPIC:

Diastazele ţesuturilor renale obţinute pentru întâia oară de către M. MAIGNON, experimentate în serviciul profesorului TEISSIER şi cari, în doze infinitesimale, au ca efect de a readuce la normal volumul urinilor fără a primejdui hyperfuncţionarea rinichiului.

2. ELEMENTE CHIMIOTERAPICE:

a) **Uroformina** (hexametilen tetramina pură) care acţionează în două moduri diferite: fie prin propria sa activitate antiseptică, când mediul este alcalin, fie prin degajarea de formol, când mediul este acid.
b) **Benzoatul de litină** care are aici un rol ajutător prin propria sa acţiune asupra acidului uric.

INDICAŢIUNILE SALE:

LYSARTHROL-ul este indicat în toate afecţiunile cari denotă o micşorare a nutriţiei şi o diminuare a activităţii sfincterilor.
Guta, dela migrenă şi turburări hepatice până la accesul tipic.
Gravela, dela colica nefritică până la calculul vezical, cu sau fără infecţiune urinară.
Reumatismele cronice până la reumatismul deformant.
Şi, în general, toată patologia sedentarilor.

POSOLOGIA:

Conţinutul capsulei-dop (sau una linguriţă de cafea) luat dimineaţa, seara şi înaintea fiecărei mese principale, adică de 4 ori pe zi, constitue doza normală pentru adult.
Este preferabil a-l dilua într'o cantitate suficientă de apă, un sfert sau o jumătate de pahar, de fiecare dată.

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

Strada Toamnei No. 103, BUCUREŞTI III **Telefon 221/38.**

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2, BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 6 — 10 Lei Exemplarul — 15 Martie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu St., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

„ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. S. NICOLAU: *Consideraţiuni asupra Patologiei generale a Sifilisului* 73

Dr. VICTOR CLIMESCU: *Tratamentul tuberculozei extrapulmonare prin Rubrophen* 80

CHESTIUNI DE ORGANIZARE

Prof. Dr. D. DANIELOPOLU: *Principii de bază în organizarea Spitalelor. Expunere făcută la deschiderea Spitalului Elias* 87

Dr. I. PAVEL: *Luptă sau armonizare între generaţii. Un punct de vedere american asemănător operei întreprinsă de M. S. Regele* . 86

Pagina

REVISTA CĂRŢILOR

Dr. A. Hagi Paraschiv şi Dr. Ion Bazgan: Technica de microscopie—Citologie — Ţesuturi — Sistem nervos, recenzat de Prof. Dr. E. Crăciun 85

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Concurs pentru un loc de şef de secţie la Laboratorul Aşezămintelor Brâncovenesc; Cincantenarul Institutului Pasteur; Institutul italian pentru relaţiunile culturale cu străinătatea; Cursuri superioare de phtiziologie şi paludologie la Roma; Congresul de Oftalmologie 92

Pagina

CRONICI

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Personalitatea Profesorului Gerota* . . . 90

Dr. I. FĂGĂRĂŞANU: *Viaţa şi opera Profesorului Gerota* 91

BIBLIOGRAFII

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier*. «Les petits precis», par *A. Cantonet*, Edition Librairie Maloine.

La hernie postérieure du ménisque intervertébral, (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Les acquisitions nouveles de l'endocrinologie, par *R. Rivoire*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 264 pagini, 45 fr.

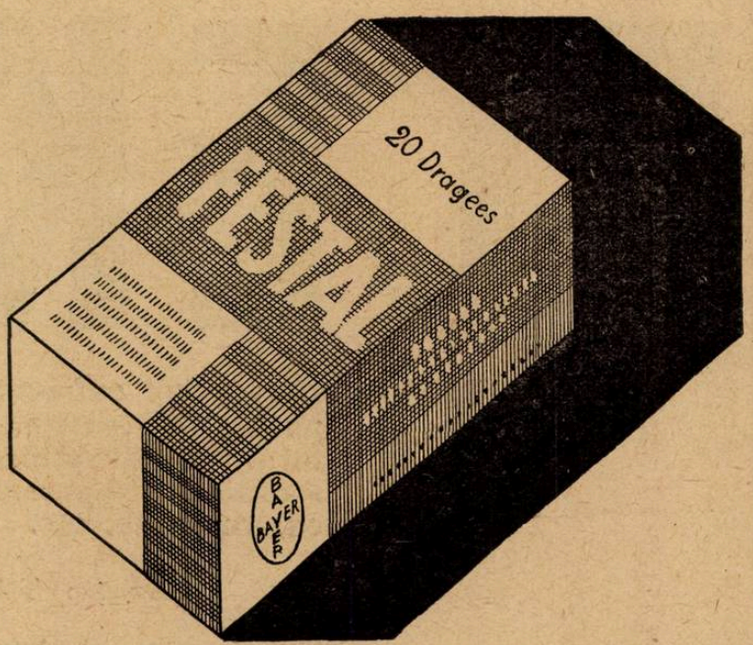
Les explorations fonctionnelles, par *Noël Fiessinger*, Masson et C-ie, éditers. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

In flatulenţă, aerocolii, dispepsii, insuficienţe pancreatice

Festal

preparat conţinând fermenţi sub formă precis dozată, necesari pentru descompunerea albuminei, a grăsimilor, a hidraţilor de carbon şi a hemicelulozei.

AMBALAJE ORIGINALE: Flacoane cu câte 20 şi 50 drageuri



»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR GONO- ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

INDICAŢIUNI: Blenoragii subacute şi cronice, anexite, epididimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panaraţii, flegmoane, furunculi, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.

Ambalaje: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

Cele 3 pudre Vasenol

pentru menținerea sănătății pielei

Vasenolul, combinație biologic activă înrudită cu grăsimea și lipoizi, este baza preparatelor VASENOL pentru îngrijirea pielei, prevenirea și tratarea diverselor afecțiuni cutanate. Conform experienței și declarațiilor forurilor internaționale pentru cercetările biologice ale țesuturilor, acestea îndeplinesc toate cerințele unui preparat modern pentru îngrijirea pielei.

Vasenol Pudră pentru copii.

Pentru îngrijirea pielei fragede a sugarului și copilului mic. Profilaxia și terapeutica lesiunilor și iritațiunilor pielei. Previne orice inflamațiune a pielei.

Cutia de tinichea . . . Lei 35.-
Pungulița de reservă Lei 24.-

Vasenol Pudră pentru corp.

Pentru toaleta zilnică a corpului și pentru menținerea pielei sănătoase. Împiedică iritații în regiunile corpului care transpiră mai abundent.

Cutia de tinichea . . . Lei 38.-
Pungulița de reservă Lei 24.-

Vasenol Pudră pentru picioare

Pentru combaterea transpirației la picioare, mâini, subțioare (Hyperhidrosis). Neutralizează produsele componente ale transpirației picioarelor. Cel mai preferat mijloc pentru îngrijirea picioarelor la sport, turism, marșuri.

Cutia de tinichea . . . Lei 38.-
Pungulița de reservă Lei 24.-

Depozitar: "Pharmag" S.A., Drogherie engros, Brașov, Str. Smârdan No. 5

NEOHEXAL

(acid sulfosalicilic+hexametilentetramină

In infecțiunile genito-urinare
In infecțiunile generale (gripe, etc.)
Ușor solubil
Neiritant
Desinfectant puternic

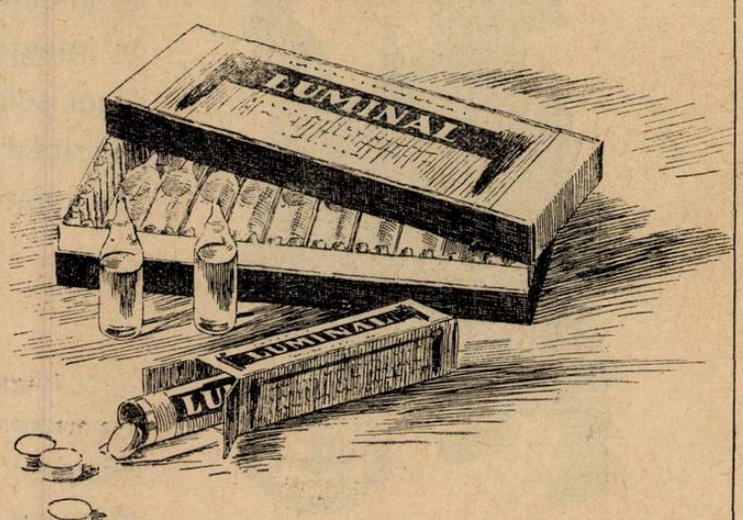
J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin-Britz
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek,
București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

Repr. generală pentru România: „S. I. F.“ s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu, 32 Tel. 5.51.51

Luminal

Acţiune depresivă şi spasmolitică sigură asupra funcţiunilor centrului motric.

In epilepsie, eclampsie tetanie, coree, stări de agitaţie, hiperemeză gravidelor, insomnie.



E. Merck
DARMSTADT

»Bayer«
LEVERKUSEN

«ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53.
Sucursala Cluj. Calea Moţilor 18.

Dr. J. BINDER, BUCUREŞTI II.
Str. Luigi Cazzavillan No. 34. Tel.: 3.84.05.

Anul XVII. No. 6 10 Lei Exemlparul 15 Martie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Considerațiuni asupra Patologiei generale a Sifilisului*)

de Profesor Dr. S. NICOLAU

A fost un timp, care nu e prea îndepărtat de noi, când sifilisul era încă una din infecțiunile cele mai puțin înțelese de patologie. Desigur, boala era destul de bine cunoscută în manifestările sale clinice, grație neîntrecutelor descripțiuni ce ne-au lăsat moștenire marii sifiligrafi de odinioară, dar o seamă de chestiuni fundamentale privitoare la această infecțiune rămâneau încă învăluite de mister.

Așa de ex., nu se știa nimic relativ la cauza intimă a acestei boale. Nu se știa nimic, sau aproape nimic, relativ la legile evoluției sale, iar în ce privește terapeutica boalei, ea nu avea la bază alt fir conducător decât acela al rutinei și empirismului.

Generația medicală căreia îi aparținem a avut rarul privilegiu să asiste, rând pe rând, la un număr de descoperiri senzaționale în sifiligrafie, cari au schimbat adânc fața lucrurilor în domeniul acestei infecțiuni.

Grație acestor descoperiri și în special aplicării metodei experimentale la studiul sifilisului, care punea la îndemâna cercetărilor noui posibilități de investigații, s'a putut pătrunde mai adânc în necunoscutele acestei boale și înțelege, astfel, multe din problemele pe cari clinica singură era în neputință a le lămuri.

In această lecțiune ne propunem tocmai să trecem într'o scurtă revistă câteva din cunoștințele mai importante ce posedăm astăzi relativ la patologia generală a acestei boale, căutând cu această ocazie să analizăm și să interpretăm, la lumina lor, complexul de fenomene pe care prezența parazitului acestei boale îl determină în organismul omenesc.

* * *

Una din particularitățile cele mai curioase ale infecțiunii sifilitice este aceea a evoluției sale intermitente sau întrerupte, această boală traducându-se în mersul său, după cum se știe, printr'o succesiune de faze de activitate și de liniște (sau de latență). Lucru interesant de observat însă, succesiunea sau alternanța acestor faze nu se face aci la întâmplare, ci ea este din contră supusă, cronologicește vorbind, unei riguroase discipline evolutive, grație căreia fiecare din fazele boalei își fac apariția lor la scadențe fixe și bine precizate, așa de fixe, încât în clinică noi le putem prevedea și povesti cu deplină certitudine. A cest lucru, care imprimă boalei, cel puțin în primii ani ai desfășurării sale, un caracter evolutiv quasi-schematic, a condus, încă de mult, pe clinicieni, să împartă mersul acestei infecțiuni în perioade, cari au fost desemnate sub numele de: primară, secundară și terțiară. Marele sifiligraf francez Fournier avea obiceiul să compare evoluția sifilisului cu o dramă, comportând în desfășurarea sa un prolog, urmat de 3 acte și de tot atâtea antracte.

Pentru a pune oarecare ordine în expunerea noastră, credem că n'am putea mai bine proceda decât să urmărim, pas cu pas, desfășurarea boalei în diversele sale etape evolutive și să studiem astfel, rând pe rând, din punct de vedere clinic și biologic, fenomenele ce caracterizează fiecare din aceste etape.

Vom începe, respectând ordinea cronologică evolutivă, cu perioada de primă incubație.

I. — *Perioada de primă incubație.* Sub acest nume se înțelege timpul ce se scurge între inocularea spirochetului și apariția șancărului sifilitic, etapă pe care am mai putea-o numi și perioada de incubație a sifilomului primar. In cursul acestei perioade, germenii inoculați nu-și trădează existența și activitatea lor prin nici un semn exterior, ca și când nimic nu s'ar petrece în acel loc. Vom vedea însă îndată cum stau lucrurile în realitate. Durata mijlocie a perioadei în chestiune este de 3—4 săptămâni, dar ea poate prezenta câte odată variațiuni însemnate, în plus sau în minus, putându-se coborî până la 15 zile, sau prelungi până la 30—40 de zile, și în cazuri cu totul excepționale, chiar până la 2—3 luni.

Cum se explică aceste variațiuni posibile în ce privește data de apariție a sifilomului?

Cercetări experimentale au demonstrat că durata incubației sifilomului este în funcțiune de numărul paraziților inoculați. Chesney și Kempf și mai în urmă Gastinel și Pulvenis, inoculând intratesticular la iepuri emulsiuni de testicul sifilitic, în diluțiuni din ce în ce mai mari, au constatat că data apariției sifilomului e cu atât mai tardivă cu cât concentrația spirochetică a materialului inoculat e mai slabă.

Acestea zise, să vedem acum care este semnificarea biologică a perioadei de I-ă incubație. Ce se întâmplă în cursul acestei perioade cu spirocheții inoculați? Elucidarea acestei probleme a fost obținută tot pe cale experimentală. Astfel, Levaditi și Yamanouchi pe cornee, și apoi excizând, zi de zi, regiunile inoculate și examinându-le histologește, au constatat că această perioadă se caracterizează, în primele sale zile, printr'o însemnată distrugere a spirocheților inoculați și că numai de la a 9-a zi înainte, paraziții rămași își reiau multiplicarea lor activă.

Această împiedicare temporară a desvoltării spirocheților, la punctul de inoculare, se datorește fără îndoială unei rezistențe, sau dacă voiți unei imunități natural relative, pe care tegumentul o opune în primele momente acestor germeni, dar această imunitate fiind de slabă importanță, ea sfârșește prin a fi înfrântă, după cum am spus, către a 9-a zi, când exemplarele treponemice mai viguroase, care au supraviețuit hecatombei inițiale, încep a se adapta noului mediu unde ele au fost transplantate și reintra în activitate.

Lucru interesant de semnalat, această adaptare a germenilor inoculți se însoțește în acelaș timp de o exagerare a virulenței lor. Această exagerare de virulență, care explică desigur înfrângerea imunității locale despre care am vorbit, se va menține în tot restul perioadei de incubație, prelungindu-se chiar câteva zile după apariția sifilomului, pentru a începe apoi să scadă din nou, cum vom vedea îndată, pe măsură ce sifilomul se învechește. Bessemans a demonstrat într'adevăr, prin tehnica «*ultranumerațiunii omogene*», că un număr de 7—30 spirocheți sunt suficienți pentru a transmite infecția, dacă ei sunt recoltați în perioada de incubație sau în primele zile ale sifilomului, pe câtă vreme e nevoe de mai multe mii de germeni, pentru a obține acest lucru, dacă materialul infectant provine din sifilome mai vechi. Nu știm până la ce punct

*) *Lecțiune ținută în ziua de 20 Februarie 1939 în amfiteatrul Spitalului Colțea, cu ocaziunea deschiderei cursului de Dermato-sifiligrafie.*

aceste constatări făcute la iepure își pot găsi aplicare în clinica umană. Cunoaștem însă bine marea putere de contagiozitate a sifilomelor născânde.

Inchizând această mică digresiune relativă la soarta și modificările încercate de germenii inoculați, să urmărim mai departe perioada de incubație, pentru a vedea ce se mai petrece după momentul când spirocheții, adaptați noului mediu, și-au reluat activitatea lor. Ei bine, acest moment al infecțiunei coincide cu primele reacțiuni histologice ale țesutului inoculat, care se traduc microscopicește printr'o ușoară dilatare vasculară și o tumefacție a endoteliilor, cât și prin apariția unor infiltrațiuni celulare în jurul vaselor. Chiar din acest moment se pot vedea spirocheți infiltrând pereții vaselor și indivizi izolați pătrunzând chiar în lumina lor. Amplificarea progresivă a acestor leziuni de reacțiune locală, pe măsura înmulțirii spirocheților, va da naștere, la 3—4 săptămâni dela inoculare, unei leziuni vizibile cu ochiul liber, care constitue prima manifestare clinică a infecției sifilitice, adică sifilomul primar.

Fenomenele microscopice ce se petrec în intimitatea tegumentului, înainte ca sifilomul să-și fi căpătat expresia sa clinică, ar justifica, credem, scindarea perioadei de I-ă incubație în 2 faze: una mai scurtă, luând sfârșit la 8—9 zile de la inoculare pe care am putea-o numi faza *biologică* a incubației și care de fapt singură trebue considerată ca reprezentând incubația reală, și a 2-a fază, meritând numele de *histologică*, întinzându-se de la această epocă până la apariția clinică a sifilomului.

Cam la o săptămână după desvoltarea sifilomului se produce o hipertrofie a grupurilor ganglionare satelite șancărului, hipertrofie traducând reacțiunea acestor organe față de germenii transportați acolo prin căile limfatice.

Asociația: șancăr sifilitic + adenopatia satelită constitue ceeace s'a numit de multă vreme, PERIOADA PRIMARA a sifilisului, sau «*complexul primar*».

Inainte de a urmări mai departe procesul biologic al răspândirii infecțiunii dincolo de ganglionii regionali, dorim să discutăm aci, în câteva cuvinte, o chestiune de interes nu numai științific, dar și practic, anume dacă șancărul sifilitic constitue o leziune absolut obligatorie în evoluția sifilisului, cu alte cuvinte dacă infecția sifilitică poate pătrunde în organism, fără să determine vreo leziune vizibilă la punctul de intrare.

La această întrebare se poate răspunde azi în mod afirmativ. Fenomenul în chestiune se observă, de altfel, destul de des în sifilisul experimental. *Kolle* a arătat că dacă se inoculează o serie de iepuri, intratesticular, cu produse spirochetice, numai o parte din ei fac sifilome la locul de inoculare, la ceilalți, pe care îi desemnează sub numele de «*Nuller*», infecția propagându-se direct la ganglionii regionali, fără cea mai mică leziune la poarta de intrare.

In ce privește clinica umană, fiecare sifiligraf a avut ocazia să observe în practica sa, bolnavi atinși de sifilis secundar, la cari examenul cel mai minuțios și practicat în condițiuni excluzând orice posibilități de eroare, nu a permis să se constate existența accidentul primar. Cel mult, uneori, existența unei adenopatii ne indică aproximativ teritoriul cutanat pe unde s'a putut face pătrunderea infecției.

Asemenea cazuri, rare ce e drept, cunoscute sub numele de «*sifilis d'emblée*» sau «*sifilis decapitat*» se pot observa atât în infecțiunile rezultând din raporturi sexuale, cât și atunci când spirocheții pătrund în organism pe căi mai neobișnuite, cum ar fi de ex. infecțiunile sifilitice consecutive unei transfuziuni sanghine, practicată, printr'un hazard nenorocit, cu sânge provenind de la un sifilitic în perioada virulentă a boalei sale. Se mai citează de asemeni cazuri de infecțiuni decapitate în urma introducerii materialului virulent în țesuturlie profunde ale pielei, cu ocazia unei înțepături. Personal, am obversat mai de mult cazul unui confrate care înțepându-se în pulpa degetului indicator stâng, cu un ac de seringă, imediat după ce făcuse o injecție intramusculară unui sifilitic recent, a prezentat *direct* accidente secundare, fără dezvoltarea nici unei leziuni la locul înțepat. Singură, existența unei adenopatii axilare ne-a permis să reconstituim, în mod retrospectiv istoria acestei infecțiuni.

Posibilitatea unei infecțiuni sifilitce fără desvoltare de accident inițial la locul de intrare, este nu se poate mai bine stabilită astăzi. Sifilisul uman își are deci și el, câteodată, «nulerii» săi.

Cum se explică această derogare de la regula generală?

Explicația este simplă pentru infecțiile căpătate în urma transfuziilor, care prin forța lucrurilor trebue să rămână infecțiuni decapitate, materialul infectant fiind introdus direct în sânge. Dacă ținem însă seama de desfășurarea infecțiunei în astfel de cazuri, suntem conduși a admite că perioada primară, «cronologicește» vorbind, nu este de fapt nici aici suprimată. Astfel într'un caz de sifilis d'emblée, consecutiv unei transfuziuni sanghine, publicat acum câțiva ani de Dr. Vătămanu, timpul scurs între transfuzia infectantă și apariția fenomenelor secundare a fost de 75 de zile, adică perfect egal cu acela ce se scurge între inoculare și explozia secundară (1-a + a 2-a incubație) în injecțiunile cu șancăr vizibil. Aceasta ne arată că primul «act» al infecțiunei nu lipsește nici aici, ci el este numai mascat, desfășurându-se în mod «criptogenetic» în intimitatea organismului, probabil în ganglioni.

Intrebarea pusă mai sus nu este deci valabilă de cât pentru infecțiunile desvoltate în urma inoculărei pielei. Dacă ținem seama de cercetările experimentale făcute la animale, suntem conduși a admite că ar fi vorba și aici de un fenomen în legătură cu cantitatea de virus inoculat, infecțiunea făcându-se în astfel de cazuri cu un număr prea redus de spirocheți. In inoculările practicate la iepuri cu produse sifilitice din ce în ce mai diluate, *Gastinel* și *Pulvenis* au arătat că atunci când diluția materialului virulent atinge proporția de 1/1000, animalele pot fi infectate, dar inocularea nu mai este urmată de sifilom primar. Se admite în general în astfel de cazuri, că reacțiunile locale provocate de acești spirocheți, inoculați în «sub-număr», ar rămâne în faza lor histologică, fără să capete expresiunea clinică. In orice caz, această noțiune de *cantitate de virus*, introdusă de autorii citați, în Sifiligrafie, este de o deosebită importanță, nu numai pentru explicarea cazului de față, dar, după cum vom vedea îndată, și pentru explicarea altor forme și mai anormale de sifilis.

Acestea zise, relativ la cazurile de excepțiune, o repetăm, ce reprezintă sifilisul decapitat, să revenim la studiul perioadei primare acolo unde am părăsit-o, adică în momentul când șancărul și adenopatia satelită și-au făcut apariția. Ce se petrece mai departe? După desvoltarea acestor două manifestări clinice, o nouă perioadă de liniște aparentă se produce, ca și cum lucrurile s'ar fi oprit aici.

In realitate însă, în cursul acestei perioade de liniște înșelătoare, ce durează 6—7 săptămâni, zisă *perioada de a II-a incubație*, se petrece invaziunea progresivă a diverselor etape ganglionare pe care spirocheții le întâlnesc în calea lor, preparându-se astfel, în mod ocult, generalizarea infecțiunii, asupra mecanismului căreia vom reveni îndată.

Pentru moment, ținem să menționăm că pe măsură ce spirocheții se înmulțesc la nivelul șancărului și în ganglinoni, anumite substanțe de natură lipidică, după cum se admite în general, zise «*reagine*», ce iau naștere din dezintegrarea celulelor în lupta lor cu paraziții, se varsă în sânge, prezența lor acolo putând fi pusă în evidență cu ajutorul cunoscutelor reacțiuni serologice de care ne servim pentru diagnosticul biologic al sifilisului. Ne grăbim însă să adăogăm că reacțiunile serologice de care ne servim astăzi nu reprezintă niște mijloace ideale de diagnostic, în sensul că ele nu sunt capabile să evidențieze prezența reaginelor în sânge,

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : 4 la 10 comprimate pro die

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid x-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : 10 la 20 cc. pro die

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE
pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC

NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ

SULFARSENOL

INTRAVENOS
INTRAMUSCULAR
SUBCUTAN

SUGACI
ADULȚI
NERVOȘI

SĂRURI ALE PĂMÂNTURILOR RARE

POMADA NÉOTHORIUM MILLOT
pe bază de
NEODYME și THORIUM
SPECIFICUL DERMATOZELOR

DERMATOZE
ECZEMA
PRURIT
ULCERE VARICOASE

4–6 PE ZI.

BADIJONAJ

GARGARĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

decât numai atunci când ele au atins un anumit *prag cantitativ*, lucru care nu este realizat decât în momentul când importante şi numeroase focare de activitate treponemică se găsesc în joc. Aceasta ne permite să înţelegem pentru ce leziuni sifilitice circumscrise, cum ar fi un şancăr sifilitic începător sau un focar izolat de leziuni terţiare pot evolua cu reacţiuni serologice negative. Pe de altă parte, aceste reagine luând naştere chiar la nivelul leziunilor specifice, mai putem înţelege pentru ce aceste reacţiuni pot fi pozitive în seriozitatea culeasă la nivelul sifilomului, înainte, ca ele să fie pozitive în sânge. Faptul este că în serul sanghin reacţiunile nu încep de obicei a se pozitiva decât de la a 14-a zi după apariţia sifilomului, sau şi mai sigur, după a 21-a zi, pentru a atinge maximul lor de intensitate în cursul perioadei secundare, ce corespunde, după cum vom vedea ,cu maximul de dispresiune şi de activitate treponemică.

Acest fapt a condus pe sifiligrafi să împartă perioada primară a sifilisului în două faze: faza *seronegativă* şi faza *seropozitivă*. Această diviziune pe lângă că consacră realitatea unui fapt biologic prezintă şi o deosebită importanţă practică pentru directivele terapeutice ale boalei, tratamentul infecţiunii având cu atât mai multe şanse să devie repede sterilizant, cu cât el este instituit mai aproape de începutul infecţiunii, în tot cazul în cadrul fazei seronegative a perioadei primare.

Mecanismul generalizărei infecţiunei. Ce cale urmează paraziţii pentru ca, porniţi din primul lor focar de proliferare, care este şancărul, să se răspândească în organism?

Arătam mai sus că un număr restrâns de spirocheţi pot pătrunde în lumenul vaselor sanguine, extrem de timpuriu, chiar în timpul fazei histologice a sifilomului, adică în cursul perioadei de I-ă incubaţiune şi mai adăogăm acum că astfel de minimale descărcări parazitare continuă să se producă mai departe, şi la nivelul şancărului deja constituit. Ne grăbim însă să adăugăm că nu aceşti spirocheţi răsleţi sunt aceia care asigură adevărata generalizare a infecţiei.

Iată, de altfel, care este soarta acestor microembolii parzaitare, strecurate aşa de timpuriu în sânge. Câteodată, am putea zice excepţional, ei se pot opri şi fixa în unele organe interne şi în special în ficat şi rinichi, dând naştere la acele «*hepatite sifilitice*» sau «*nefrite sifilitice*», ultra timpurii contimporane cu şancărul şi precedând cu mult rozeola, de unde şi numele de hepatite sau nefrite «*prerozeolice*», sub care ele se mai desenează, a căror natură reală rămâne de multe ori ignorată în practică, pentru cei ce nu sunt familiarizaţi cu aceste manifestări viscerale atât de precoce ale sifilisului.

Mult mai des decât localizările viscerale amintite, aceşti spirocheţi răsleţi mai pot însămânţa, cam în proporţi de 25—30% din cazuri, tot atât de timpuriu, sistemul nervos central, determinând, după cum am avut ocazia să o demonstrez în anul 1918, chiar de la a 14-a zi de la apariţia sifilomului, o meningită histologică, traducându-se printr'o *limfocitoză a lichidului cefalorachidian* — uneori destul de abundentă — meningită care nu se însoţeşte de nici un semn clinic, afară numai uneori de o *inegalitate pupilară*, tot atât de precoce, asupra căreia am insistat cu aceiaşi ocazie.

De obicei însă, spirocheţii migraţi în sânge aşa de timpuriu rămân fără a provoca reacţiuni patologice vizibile, ei fiind foarte probabil, de cele mai multe ori, distruşi în intimitatea acestor ţesuturi, poate tocmai din cauza numărului lor redus. Mediul sanghin nefiind un teren naturalmente favorabil pentru viaţa treponemilor, paraziţii nu vor adopta această cale, pentru răspândirea lor în organism, deci mai târziu, după ce ei vor fi încercat la nivelul sistemului ganglionar, anumite transformări şi adaptări speciale, despre care vom vorbi îndată, care îi fac mai rezistenţi şi măresc capacităţile lor ofensive.

Pentru moment, în perioada şancărului unde ne găsim acum, când spirocheţii au suferit după cum a demonstrat Bessemans o importantă scădere de virulenţi, ei nu pot face altceva decât să adopte căile limfatice, pentru care prezintă, după cum vom vedea îndată, un adevărat «tropism», îndreptându-se către ganglionii sateliţi şi de acolo către etapele ganglionare ulterioare, făcând astfel primii paşi efectivi în mişcarea lor de invaziune a organismului. Kolle a demonstrat într'adevăr că la 5 minute după inocularea intratesticulară a sifilisului la iepuri, ganglionii sateliţi sunt deja virulenţi, semn că paraziţii au fost deja transportaţi acolo. Această prodigioasă precocitate a invaziunii ganglionare ne permite să înţelegem, fie zis în treacăt, pentru ce extirparea punctului de inoculare, şi încă a fortiori a sifilomului deja desvoltat, aşa cum se obişnuia altădată, nu poate fi capabilă să împiedice desvoltarea infecţiunii, ori care ar fi precocitatea acestor intervenţii.

Chiar după ce spirocheţii au reuşit să învadeze toate etapele ganglionare pe care le-au întâlnit în calea lor, ei vor rămâne încă pe loc şi nu se vor revărsa în sânge, decât după scurgerea celor 6-7 săptămâni, ce constituesc perioada de a II-a incubaţie. Pentru ce acest stagiu ganglionar obligator? Care poate fi cauza care se opune unei generalizări mai timpurii a germenilor? Cauza întârzierei pe care o încearcă aci generalizarea spirocheţilor nu trebue căutată în vre-o acţiune hipotetică de «reţinere» sau de «filtrare», pe care ar exercita-o etapele ganglionare, după cum se admite în general, ci adevăratul baraj de rezistenţă se găseşte la nivelul sângelui. După părerea noastră perioada de a II-a incubaţie nu trebue privită ca reprezentând timpul necesar călătoriei mecanice a spirocheţilor în lungul sistemului limfatic, pentru a ajunge la vena subclaviculară, căci în cazul acesta durata sa ar trebui să fie incomparabil mai scurtă. Fiind vorba aci de nişte paraziţi dotaţi de mişcări repezi, a căror progresiune în ţesuturi se face cu o iuţeală nebănuită, cum aţi văzut că reiese din constatarea amintită a lui *Kolle*, câteva ore ar fi de sigur suficiente pentru ca ei să parcurgă toate etapele ganglionare, inclusiv canalul toracic şi să ajungă în sânge.

Această perioadă ar trebui să fie în ori ce caz mai scurtă în şancărele regiunei cefalice, mai apropiate topograficeşte de vena subclaviculară decât în şancărele regiunei genitale sau a membrelor inferioare, lucru care nu se întâmplă în realitate.

Conform modului nostru de a vedea, această perioadă de a II-a incubaţie n'ar reprezenta altceva decât timpul strict necesar realizării unui anumit *quantum numeric* parazitar şi în acelaş timp unei suficiente exaltări a virulenţei germenilor, condiţiuni indispensabile pentru ca ei să poată în fine înfrânge rezistenţa sângelui, şi să realizeze marea septicemie sifilitică, caracterizată prin revărsarea în massă a spirocheţilor în mediul sanghin.

In ce priveşte prima din condiţiunile enunţate, fapte experimentale, despre care v'am vorbit deja, dovedesc într'adevăr rolul decisiv pe care îl joacă *cantitatea de virus sau «factorul numeric*, în înfrângerea imunităţii naturale în sifilis. Mai citâm cu această ocaziune şi faptul următor: se ştie că iepurii nu fac în mod obişnuit un sifilis generalizat, sângele lor opunându-se răspândirii spirocheţilor în organism. *Uhlenhuth* şi *Mulzer* n'au reuşit să anihileze această piedică şi să obţină un sifilis generalizat la aceste animale, decât injectându-le, direct în sânge, o emulsie testiculară foarte bogată în spirocheţi. Relativ la a doua condiţiune, *Bessemans* a demonstrat graţie aceleeaşi metode de «ultranumărare omogenă» despre care am vorbit deja, excepţionala virulenţă pe care spirocheţii o recapătă în sistemul ganglionar, depăşind chiar pe acea pe care o atinsese odinioară în focarul de I-ă incubaţie, ei devenind capabili, după calculele sale, să transmită boala chiar în numărul redus de 3-4 indivizi, pe câtă vreme acest rezultat nu se poate ob-

ţine, pentru spirocheţii din şancăr, decât cu un minimum de 2500 indivizi. Astfel de variaţiuni ale potenţialului de virulenţă a paraziţilor în raport cu organul unde ei se desvoltă, constitue de altfel un fenomen obişnuit în patologia sifilisului.

In legătură cu cele ce spuneam adineaori, relativ la mecanismul marei septicemii spirochetice, trebue să mai observăm că chiar datele clinice concordă pentru a demonstra că invaziunea «secundară» nu are caracterul unui fenomen rezultând din însămânţări succesive, ci pe acela al unei explozii, sau descărcări cu caracter brusc şi masiv, dovadă repeziciunea şi simultaneitatea cu care iau naştere erupţiunile secundare, cât şi marea lor împrăştiere din primul moment. Fenomenele premonitoare ca: febra, cefaleea, etc., par a arăta că această descărcare s'ar produce, după toate probabilităţile, cu 10-15 zile înainte de apariţia manifestărilor cutanate, paraziţii embolizaţi în piele având probabil nevoe de o nouă incubaţie locală înainte de a se desvolta. S'ar petrece deci, în mic, la nivelul acestor inoculări endogene un fenomen analog cu acela al incubaţiei şancărului.

PERIOADA SECUNDARA. In această perioadă se cuprind toate manifestările de ordin general ce se produc imediat după generalizarea infecţiunii, cât şi acelea care se repetă în cursul primilor 2 sau 3 ani ai infecţiunii. Deşi ne găsim aci în faza septicemică prin excelenţă a boalei, când spirocheţii sunt împrăştiaţi prin intermediul sângelui în tot organismul, totuşi în virtutea legii receptivităţilor organice, care domină toată evoluţia sifilisului, ei nu se fixează, în imensa majoritate a cazurilor, decât pe piele şi pe mucoase, dând naştere cunoscutelor erupţiuni cutanate sau mucoase atât de caracteristice acestei perioade; mai rar ei se fixează asupra sistemului locomotor şi, în mod cu totul excepţional, asupra viscerelor.

O localizare demnă de semnalat, pe care o putem situa, ca frecvenţă, imediat după manifestările cutanate, este aceea asupra meningelor, aşa zisa meningită histologică a perioadei secundare, fără expresiune clinică, care atinge aci o frecvenţă şi o intensitate mult mai mare ca aceea pe care am descris-o în perioada primară, putându-se întâlni cam în proporţie de 75—80% din cazuri. Ea nu este de altfel, de cele mai multe ori, decât continuarea şi amplificarea celei dintâi.

Caracteristica generală a tuturor manifestărilor secundare este aceea că ele sunt leziuni *rezolutive*, în sensul că după un timp oarecare ele sfârşesc prin a se rezorbi şi a dispare fără să lase nici o urmă. Acelaş lucru se întâmplă, din fericire, şi cu localizările meningeale despre care am vorbit, dar excepţiuni există la această regulă. Ţinând seamă de aceste excepţiuni, leziunile meningeale amintite trebuesc urmărite şi controlate în evoluţia lor, căci persistenţa unor focare spirochetice nestinse, pot fi mai târziu punctul de plecare al unui sifilis nervos parenchimatos (tabes sau paralizie generală care după părerea admisă astăzi în general, nu este, de cele mai multe ori, decât răsunetul îndepărtat al acestor însămânţări meningeale precoce.

După dispariţia manifestărilor de primă izbucnire, o fază de acalmie intervine în evoluţia perioadei secundare: faza de latenţă secundară. De obicei însă, această acalmie este întretăiată de numeroase redeşteptări sau recidive, în general tot cutanate şi mucoase, făcându-şi apariţia la intervale mai mult sau mai puţin îndepărtate şi putându-se repeta timp de 2-3 ani, atâta cât durează de obicei perioada secundară. Această alternanţă de faze de activitate şi de linişte în evoluţia boalei se datoreşte jocului de balanţă al stărilor de imunizare ce se desvoltă în cursul acestei boale şi despre care ne rezervăm a vorbi îndată.

Pe măsură însă ce leziunile secundare de recidivă se îndepărtează de începutul perioadei secundare, ele încep a se modfiica în aspectul lor şi îşi pierd în acelaş timp caracterul lor de leziuni generalizate, luând pe acela al unor leziuni grupate şi circumscrise. Faptul se explică prin aceea că boala pierzându-şi treptat caracterul său septicemic, începe a se comporta ca infecţiune «în focare», apropiindu-se în felul acesta de caracterele manifestărilor perioadei imediat următoare.

PERIOADA TERŢIARA. Perioadei secundare atât de bogată în manifestări cutanate şi mucoase îi succede o altă perioadă, mai puţin agitată din punct de vedere eruptiv, dar de durată nelimitată, putându-se întinde asupra întregei existenţe a individului, zisă perioada terţiară. In cursul acestei perioade boala se comportă, în cea mai mare parte din timp, ca o infecţie latentă, întretăiată numai din când în când, la epoci neprevăzute, şi extrem de variabile după cazuri, de redeşteptări, care îşi găsesc şi aci explicaţia în jocul variaţiunilor şi denivelărilor pe care stările de imunizare le încearcă în cursul timpului.

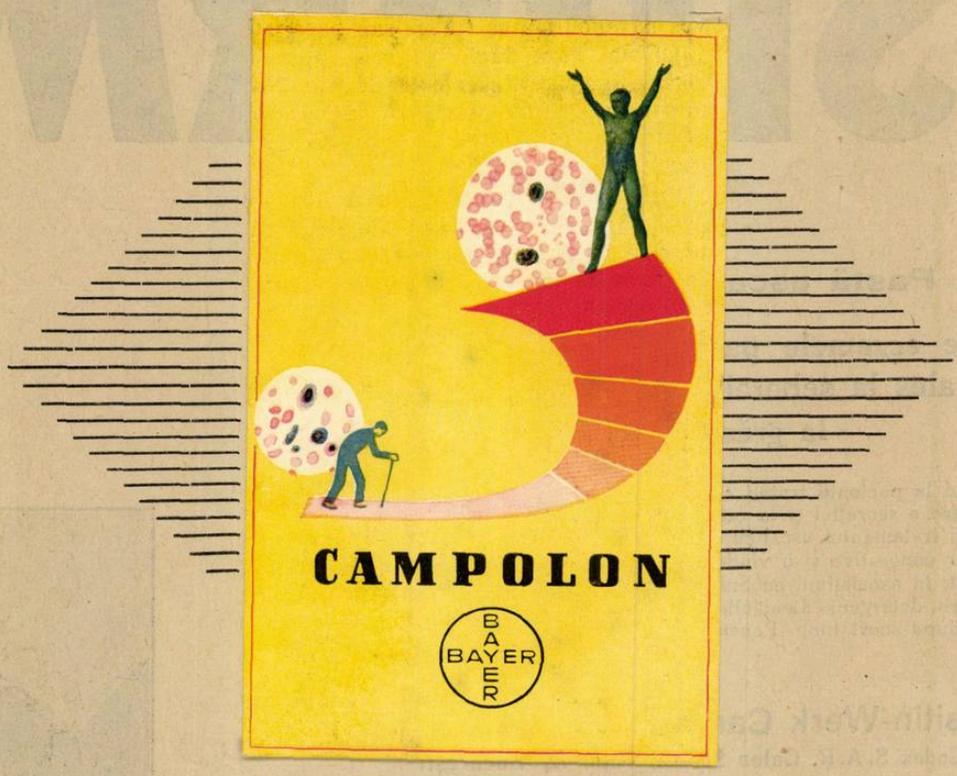
Manifestările acestei perioade se deosebesc fundamental de acelea ale perioadei secundare, nu numai prin caracterul lor de leziuni în focare circumscrise şi prin predilecţiunea lor de a se localiza în viscere, dar şi prin aceea că în loc să aibă caracterul unor leziuni superficiale şi rezolutive, ca cele de până acum, ele atacă parenchimele în profunzimea lor, le desorganizează, le necrozează, conducând la distrugerea elementelor nobile ale ţesuturilor, prin ulceraţie, prin scleroză şi atrofie. Leziunile terţiare sunt deci acelea care imprimă sifilisului caracterul său de profundă gravitate, mai ales când este vorba de localităţi în organe cu funcţiuni importante şi profund specializate, ca: creer, măduva spinală, cord, etc., unde, distrugerea unui teritoriu oricât de mic, poate avea consecinţele cele mai grave pentru funcţiunea organului şi chiar pentru existenţa indvidului.

După schiţarea tabloului evolutiv al sifilisului, aşa cum el se desfăşoară în imensa majoritate a cazurilor, ţinem să mai atragem acum atenţia asupra unei forme anormale de sifilis care nu trebue confundată cu acea despre care v'am vorbit la începutul acestei lecţiuni, adică cu sifilisul fără şancăr, sau sifilisul decapitat. Aci este vorba de o anomalie evolutivă şi mai importantă, a boalei, anume de *infecţiunile sifilitice mute* sau *inaparente*, astfel numite din cauză că ele sunt lipsite nu numai de şancăr, ca în cazul precedent, ci şi de accidentele secundare, boala putând chiar rămâne uneori absolut latentă clinicește, în tot cursul existenţei individului.

Se întâmplă într'adevăr să întâlnim din când în când în practica noastră bolnavi, venind să ne consulte pentru, o reacţiune serologică pozitivă, descoperită în plină sănătate, spre marea lor stupefacţie, cu ocazia unui examen de sânge întâmplător, sau alţii care ni se prezintă pentru un accident de ordinea terţiară, sau femei, în perfectă stare de sănătate aparentă, cerându-ne avizul pentru nişte avorturi în serie, sau pentru naşteri de copii heredo-sifilitici, şi care bolnavi, întrebaţi asupra trecutului lor, neagă toţi cu tărie existenţa oricărei manifestări specifice anterioare, ca şancăr, sau erupţii secundare.

Cum trebuesc interpretate aceste infecţiuni inaparente, adică lipsite de cortegiul obişnuit al manifestărilor ce caracterizează evoluţia naturală a sifilisului? Această problemă care a preocupat şi intrigat mult pe sifiligrafii de odinioară, a fost multă vreme judecată într'un spirit de scepticism şi de negativism preconceput, punându-se în mod sistematic, în astfel de cazuri, la îndoială, afirmaţiunile bolnavilor, acuzându-se fie lipsa unei observaţiuni serioase, fie buna lor credinţă.

Nu vrem câtuşi de puţin să negăm că o parte din cazurile acestea, lipsite de antecedente, nar fi în realitate decât infecţiuni ignorate şi suntem inclinaţi să admitem încă şi mai uşor acest lucru când este vorba de femee, la care de multe ori accidentul iniţial este predestinat, ca să zicem astfel, să treacă neobservat, din cauza localizărilor sale posibile în profunzimea vaginului, sau pe gâtul uterin, sau chiar în cavitatea cervicală, şi aceasta cu atât mai mult cu cât şancărele cu aceste localizări nu se însoţesc de ade-



Campolon

Extract de ficat injectabil cu efect puternic.

Pentru tratamentnl anemiei pernicioase și al tuturor anemiilor de etiologie neprecisă.

Ambalaje originale:

5 și 25 fiole de 2 cmc.; 3 și 15 fiole de 5 cmc.; flacon cu 10 cmc.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei Asigurărilor sociale din România,

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., București I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86, Sucursala: »ROMIGEFA« S. A. R., Cluj, Calea Moților 18. Tel 37-22

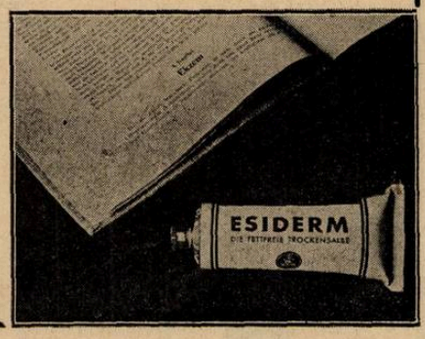
ESIDERM

ZnO, Talc, Terr. Silic., Glicerină, Aqua dest.

Pastă uscată fără grăsimi

Toate eczemele pacienţilor cu piele grasă mai ales la seboreici. — Piele intolerantă la grăsimi. Acnee.

Pe când la pacienţii trataţi cu pomezi grase se ajunge repede la o blocare a secreţiei şi la retenţii şi astfel la o întârziere a vindecărei, tratamentul uscat cu Esiderm produce o scădere a fenomenelor congestive şi o vindecare rapidă. Poate fi prescris şi ca ecipient, în asociaţiuni cu Sulf. precip., Ichtyol., Tumenol amon. Liq. carb. detergens., Lenigallol. Se întinde în strat uniform şi se usucă după scurt timp. Pansament nu este necesar. — Tub 40 g.



Desitin-Werk Carl Klinke, Hamurg 19
Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

SPASMOSÉDINE

SEDATIV CARDIAC

Sedativ şi Antispasmodic pentru terapeutica cardiovasculară. Palpitaţii. Extrasistole. Spasmele hypertensivilor. Angină pectorală. Algii precordiale.

*

Phenylethylmalonyluree . 0,015
Bromhidr. chinin. 0,05
Extr. Crataeg stab. . . . 0,05

*

Doza mijlocie: 1 — 2 drageuri la prânz şi seara, înaintea meselor, fără a le sfărâma.

*

Laboratoires Deglaude, 15 Bd. Pasteur, Paris.
Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

nopatii exterioare revelatoare. Dacă în astfel de cazuri se întâmplă ca și erupția secundară să fie de un tip discret, putând astfel trece și dânsa neobservată, sau putând fi luată drept altceva decât ceace este în realitate, putem ușor înțelege cum infecția poate fi ușor, aci, ignorată de bolnav, care o va nega mai târziu cu cea mai bună credință.

Oricât de mare ar fi însă partea pe care am face-o aci sifilisului ignorat, nu credem că acest mod de a explica lucrurile ar putea fi invocat în totalitatea cazurilor. Clinica ne pune adesea în fața unor cazuri indiscutabile, în care este vorba de bolnavi inteligenți, instruiți și în cele mai bune condițiuni de a se observa, *uneori chiar medici*, la care cu greu am putea admite că întreaga succesiune de accidente, aparținând perioadei primare și celei secundare, să fi putut trece neobservate.

Dacă ne limităm pentru moment în discuțiunea acestei probleme, la sifilisul mut al femeei, un prim fapt important care reiese din observația faptelor este că astfel de forme de sifilis derivă, în majoritatea cazurilor, din infecțiuni conjugale, adică sunt contractate în timpul căsătoriei. După *Bertin*, cel puțin 20% din sifilisurile conjugale ar îmbrăca această formă. Observațiunile ce am putut face în astfel de cazuri, concordante dealtfel cu acelea ale tuturor sifiligrafilor, care s'au ocupat mai de aproape de această chestiune, ne-au mai arătat aci un al doilea fapt, nu mai puțin important, anume că astfel de sifilisuri derivă în mod constant dela bărbați a căror infecțiune este veche și îndelung tratată, cu reacțiuni serologice negative, căsătoriți cei mai mulți cu permisiunea medicului, toți găsindu-se, dacă putem zice astfel, la «limita infecțiozității». Or, cercetări experimentale tind să demonstreze că fizionomia atât de particulară a acestor sifliisuri mute sau inaparente, și-ar găsi explicația tocmai în condițiunile speciale de atenuare ale infecției contaminatorului. Amintim în această privință experiențele deja citate ale lui *Gastinel* și *Pulvenis*, care au arătat că dacă se inoculează iepurilor un material sărac în spirocheți (cum ar fi de ex. în experiențele lor, diluția în proporție de 1‰ a virusului nativ), animalele pot fi infectate, dar infecția lor rămâne decapitată, adică fără nici o desvoltare de leziune la poarta de intrare. Așa fiind lucrurile, și odată admisă această noțiune de *duză-prag*, dincolo de care infecția sifilitică începe a îmbrăca caractere anormale, putem foarte ușor concepe cum o atenuare împinsă și mai departe a materialului infectant, ar putea conduce nu numai la absența accidentului primar, ci și la acea a manifestărilor secundare, și poate chiar la infecțiuni rămânând complect latente clinicește în tot cursul existenței individului.

Intrebarea care se cuvine să ne-o punem acum este următoarea: care este izvorul din care ar putea decurge la om astfel de infecțiuni minimale? Asemenea infecțiuni atenuate sau la limită, n'ar putea de sigur lua naștere din leziuni specifice propriu zise, fie că ele ar aparține tipului primar sau secundar, care știm că și într'un caz și în altul abundă în spirocheți. Fiind totuși vorba aci de infecțiuni de origine sexuală, nu ne rămâne, pe cale de excluziune, să facem altfel, decât să le atribuim *spermei*, produs capabil să atingă, în anumite condițiuni, un grad foarte atenuat de virulență. Se știe într adevăr că testicolul este unul din organele corpului nostru unde spirocheții se retrag și se adăpostesc în perioadele de latență ale boalei, ei putând persista acolo timp îndelungat, în ciuda anilor și chiar a tratamentului, capabili să se amestece din când în când cu sperma, imprimând astfel acestui produs, o virulență a cărei intensitate merge însă scăzând pe măsură ce infecția se învechește.

Fiind prin urmare vorba aci de un produs susceptibil de a ajunge în anumite împrejurări la limita virulenței, înțelegem foarte bine, în conformitate cu faptele experimentale citate, cum infecțiunile rezultând din acest izvor pot să îmbrace un tip special. Demonstrația lucrului a fost de altfel făcută nu de mult de către *Uhlenhuth* și *Mulzer*. Preparând o emulsie testiculară (conținând deci spermă) provenind de la un iepure sifilizat mai de mult, dar fără nici o leziune specifică testiculară actuală și injectând-o în vaginul iepuroaicelor, au constatat că rarii paraziți conținuți în acea emulsie pot traversa mucoasa vaginală, chiar absolut intactă și infecta animalul, dar infecția obținută în asemenea condițiuni rămâne asimptomatică.

In baza considerațiunilor enunțate, suntem îndreptățiți a conchide că, pe *cale genitală, femeea are două modalități de a se infecta cu sifilis:*

a) Una, cea mai frecventă, rezultând din raporturi sexuale cu un bărbat atins de leziuni sifilitice propriu zise, virulente, în care caz infecția ia forma unui sifilis obișnuit, cu tot cortegiul său bine cunoscut de manifestări, și

b) Alta mai rară, *realizându-se prin intermediul spermei*, boala îmbrăcând în acest din urmă caz tipul unei infecțiuni mute sau inaparente, sifilisul femeei neieșind la iveală în astfel de cazuri, decât cu ocaziunea unor accidente în legătură cu maternitatea, ca: avorturi repetate, nașteri de heredo, etc., femeea putând sau nu, prezenta, reacțiuni serologice pozitive. Am avut uneori impresia în astfel de cazuri că sarcina ar juca rolul unui factor de reactivare serologică a boalei.

Această din urmă formă de sifilis, derivând dintr'o infecție spermatică, forțamente particulară femeei, necunoscută încă îndeajuns marelui public medical, prezintă totuși o importanță socială considerabilă, căci ea rămânând, prin forța lucrurilor, o infecție ignorată și deci netratată, poate avea urmările cele mai dezastruoase asupra produșilor de concepțiune și câte odată chiar asupra mamei.

Inchizând această ultimă paranteză deschisă cu ocazia sifilisurilor inaparente și revenind la formele naturale ale infecțiunii, ați putut vedea din tabloul pe care vi l-am schițat adineaori, că ceeace caracterizează evoluția clinică a sifilisului, sunt două fenomene capitale:

a) *o desfășurare intermitentă a manifestărilor boalei*, perioade de activitate alternând cu altele de latență, în evoluția sa și b) *diversitatea aspectelor pe cari le îmbracă erupțiunile sifilitice în cursul diferitelor perioade ale boalei*. Intr'adevăr, câtă deosebire între un șancăr sifilitic și între o pată de rozeolă, sau o gomă! Parcă nici n'ar fi vorba de manifestările aceleeași boale.

Or, aceste particularități ale boalei nu pot fi atribuite parazitului, ci după cum vom vedea îndată, numai prefacerilor pe care le încearcă terenul, adică organismul bolnavului, care în lupta sa cu paraziții, capătă în cursul timpului noi modalități reacționale.

Preschimbările astfel încercate de organism intră toate în cadrul *imunității* și *alergiei*, două fenomene diferite în esența lor, dar pe care în sifilis le găsim în orice moment intricate și suprapuse. Pentru a nu complica prea mult lucrurile, ne vom mărgini aci să definim în mod sumar aspectele sub care se prezintă aci aceste două fenomene și rolul ce revine fiecăruia din ele în caracterizarea fizionomiei boalei.

1. *Imunitatea în sifilis.* Imunitatea ce se desvoltă în cursul sifilisului se deosebește fundamental de aceea ce se observă în alte boale infecțioase, ca: variola, scarlatina, rugeola, etc., în care această stare poate atinge la un moment dat un așa grad de intensitate, încât conduce la o distrugere totală a paraziților, cu alte cuvinte la o sterilizare complectă și definitivă a organismului, încât individul, odată fenomenele boalei dispărute, rămâne refractar pentru tot restul existenței sale față de orice revenire a boalei. Ei bine, în sifilis lucrurile se petrece cu totul altfel,

Aci, imunitatea, sub forma sa perfectă, adică cea capabilă să facă imposibilă un moment al evoluţiei boalei o proprietate «totius corporis», adică a întregului organism, ci ea nu atinge gradul său ideal decât numai în anumite teritorii sau regiuni, pe când în altele ea rămâne incompletă, sau relativă. La nivelul acestor teritorii, deficitare din punct de vedere imunitar, spirocheţii găsind încă condiţiuni suficient de favorabile pentru existenţa lor, continuă să trăiască acolo o viaţă mai redusă sau chiar latentă, aşteptând împrejurări mai favorabile pentru a intra din nou în activitate. Aceste teritorii subimunizate, sunt prin urmare acelea care adăpostesc rezervele parazitare, care vor alimenta recidivele în viitor.

Modul nostru de a concepe imunitatea pe care organismul o capătă în cursul evoluţiei sifilisului, ca o imunitate cu *grade* sau *tonalităţi diverse*, după regiuni, în sensul că teritorii perfect imunizate ar alterna, ca un fel de mozaic, cu altele imunizate mai slab, îşi găseşte de altfel o justificare de analogie în caracterul imunităţii naturale antisifilitice a organismului unor animale, care şi ea se prezintă sub aspectul unui complex de imunităţi regionale. Aşa de ex., se ştie că la maimuţele inferioare, tot tegumentul afară de acela al regiunii genitale, cât şi al regiunilor palpebrale şi sprâncenoase, prezintă o imunitate naturală absolută faţă de sifilis. De aceea inocularea sifilisului pe pielea acestor animale nu dă rezultate pozitive decât dacă ea este practicată, în una sau alta din cele trei regiuni receptive menţionate, care reprezintă singurele puncte vulnerabile ale tegumentului lor faţă de spirocheţi. Aceeaşi imunitate quasigeneralizată a tegumentului acestor animale ne mai explică şi absenţa manifestărilor cutanate secundare, la ele. Acest lucru a făcut chiar să se crează multă vreme că la aceste specii simiene sifilisul nu s'ar generaliza. Or, cercetări ulterioare au demonstrat că dacă imunitatea pielei nu permite desvoltarea erupţiunilor secundare, în schimb unele din organele lor interne, dotate cu imunitate naturală mai slabă, conţin spirocheţi, care pot trăi acolo timp îndelungat fără să provoace nici o reacţiune din partea ţesuturilor ce-i adăpostesc, comportându-se ca nişte adevăraţi germeni «toleraţi».

O a doua particularitate curioasă a imunităţii în sifilis este aceea că ea nu prezintă un caracter de fixitate sau de permanenţă, ci este supusă la oscilaţiuni. Pentru înţelegerea acestui fenomen este esenţial să nu uităm că imunitatea în sifilis nu este cât rezultanta reacţiunilor defensive ale organismului faţă de spirocheţi şi ca atare ea este strâns legată de activitatea parazitară şi proporţională intensităţii ei. După cum spuneam adineaori, imunitatea poate atinge la un moment dat, în anumite teritorii, un grad de intensitate care nu mai e compatibil cu o viaţă activă a spirocheţilor. Din momentul acesta numărul paraziţilor începe să scază, treptat în acele locuri, dar odată cu aceasta încep a scădea şi reacţiunile imunizante, care nu erau decât răsunetul activităţii parazitare. Privată astfel de împrejurările care o provocau şi o întreţineau, starea de imunitate poate atinge la un moment dat un aşa grad de atenuare, încât permite din nou proliferarea spirocheţilor ce au supravieţuit. Din acest moment boala va intra din nou în activitate, dând naştere la manifestări de recidivă. Jocul succesiv al acestor stări, care după cum am văzut se condiţionează una pe alta, ne explică evoluţia intermitentă a sifilisului. In mod aforistic credem că s'ar putea zice că *un sifilitic este un purtător de germeni dotat de o imunitate oscilantă.*

In legătură cu problema imunităţii antisifilitice la om, credem că este locul să discutăm aci, din punctul de vedere al practicei medicale, o chestiune ridicată în ultimii timpi de unii sifiligrafi, anume aceea a interdependenţei posibile între stările de imunitate ce s'ar desvolta în piele şi acelea ale organelor interne şi în special a sistemului nervos central.

S'a susţinut anume de unii autori ca *Finger, Gärtner* şi alţii, prin analogie cu ceeace se admite în alte boale infecţioase eruptive, ca scarlatina, rugeola, etc. că şi în sifilis, organul imunizator prin excelenţă ar fi tot pielea, graţie erupţiunilor ce desvoltă la suprafaţa sa.

Impingând mai departe analogia cu cea ce se admite în boalele infecţioase eruptive, s'a susţinut că cu cât erupţiunile cutanate secundare sunt mai abundente, mai floride şi de mai lungă durată, cu atâta imunitatea ar atinge un mai mare grad de intensitate, şi cu atâta acţiunea sa protectoare asupra restului organismului şi în special asupra sistemului nervos ar fi mai eficace.

Consecvenţi cu concepţiunea lor, aceşti autori preconizau să se respecte manifestările secundare, ridicându-se în contra metodelor actuale, prea timpurii, de tratament şi în special neosalvarsanice, care, zic dânşii, dacă ne dau momentan iluzia unei terapeutici active, expun, în schimb, bolnavul la cele mai mari pericole în viitor.

Această doctrină, menită să turbure adânc conştiinţa medicală şi să imprime, după părerea noastă, o directivă periculoasă tratamentului antisifilitic, nu repauzează, din fericire pe nici o bază serioasă. Nu există într'adevăr, până în prezent cel puţin, nici un fapt care să demonstreze că în sifilis imunitatea tegumentară căpătată s'ar putea resfrânge asupra restului organismului. Aceasta ar presupune existenţa unor anticorpi circulanţi, lucru care este în contradicţie cu cunoştinţele noastre actuale. Mai amintim cu această ocazie faptul că tocmai în leziunile cele mai serioase ale sistemului nervos (paralizie generală şi tabes), pielea poate prezenta o imunitate perfectă, după cum rezultă din eşecul constant al încercărilor de reinoculare în astfel de cazuri lucru care nu cadrează câtuşi de puţin cu ideea unei interdependenţe imunizatoare între aceste două organe. Mai menţionăm de asemenea faptul că meningitele histologice cele mai intense ale perioadei secundare, care sunt expresia unor însămânţări precoce a meningelor, le observăm de obicei tocmai la bolnavii atinşi de erupţiuni cutanate abundente.

Totul demonstrează din contră că în sifilis, cum am mai spus deja adineaori, imunitatea prezintă caracterul unei imunităţi regionale, ce pare strâns legată de elementele proprii ale ţesuturilor *(imunitate histiogenă)*, rămânând ca atare cantonată la locul său de producere, fără să poată exercita vreo acţiune protectoare, asupra regiunilor învecinate, şi cu atât mai puţin, la distanţă. Acest mod de a înţelege lucrurile îşi găseşte o confirmare quasi-experimentală în tabloul pe care ni-l oferă evoluţia excentrică sau serpiginoasă a unor sifilide secundare, şi mai ales terţiare, unde vedem teritorii perfect imunizate şi sterilizate, învecinându-se direct cu alte teritorii neinfluenţate, susceptibile de a fi invadate la rândul lor de germeni.

Cadrul acestei prelegeri nu ne permite să ne întindem prea mult asupra acestor probleme. Chestiunea practică care se pune şi care trebue să ne intereseze este aceea dacă, pentru motivul de a nu contraria nişte posibilităţi de apărare naturale atât de imperfecte şi de labile ca acelea ale imunităţii în sifilis, avem noi dreptul să ne abţinem de a recurge la timp la admirabilele arme de care dispunem actualmente, pentru distrugerea germenilor infecţiunii. Răspunsul la această întrebare nu poate comporta, credem, nici un fel de ezitare. Experienţa ne demonstrează întra'devăr cu prisosinţă că ceeace predispune la manifestările tardive ale sifilisului nervos nu este câtuşi de puţin tratamentul precoce şi intens al infecţiunii, ci tocmai absenţa sau insuficienţa sa. Aceasta este ceeace arată anamneza bolnavilor atinşi de sifilis nervos, acesta este ceeace ne-a învăţat o practică sifiligrafică de peste 40 de ani, bazată pe observaţia scrupuloasă a faptelor şi la adăpost de orice teorii sau idei preconcepute.

b) *Alergia în sifilis.* Deosebit de stările de imunitate ale căror fluctua-

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CARBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVIe

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

MERCK · BOEHRINGER · KNOLL

MBK

ACESTE 3 NUME GARANTEAZĂ
CALITATEA SUPERIOARĂ,
DEŞI PREŢUL E MINIM.

„COMPRETTEN" „AMPHIOLEN"

RECOMANDĂM: „COMPRETTEN" CALCIUM LACTICUM —
LAXATIVUM VEGETABILE

CATALOG LA CERERE

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREŞTI III — STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 9

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

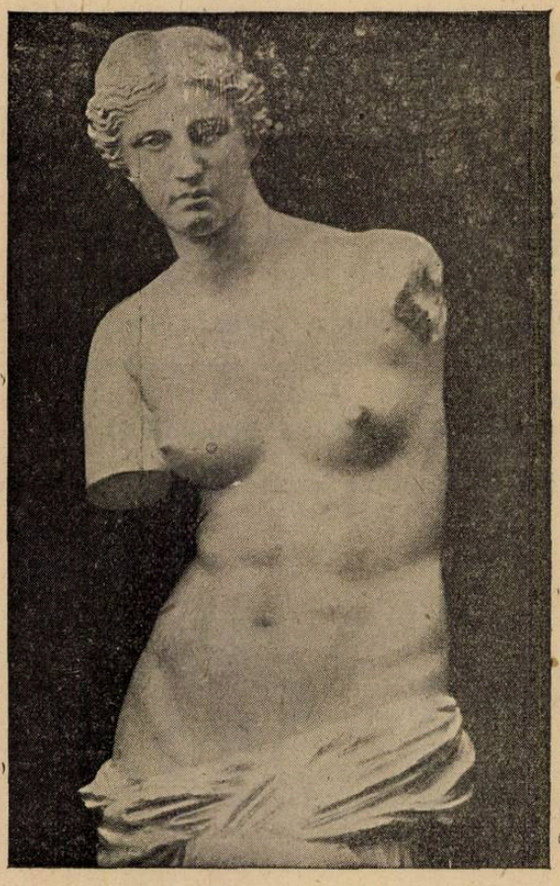
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare. Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRA"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

ţiuni conferă, după cum am văzut, boalei, caracterul său intermitent, infecţiunea sifilitică mai imprimă organismului încă o altă stare particulară, aceasta din urmă intrând în cadrul fenomenului *alergiei*, graţie căreia ţesuturile capătă în cursul timpului modalităţi noi reacţionale faţă de agentul patogen.

Faptele pe care le clasăm astăzi în cadrul alergiei sifilitice erau în bună parte cunoscute de mult în ce priveşte expresiunea lor clinică. Fenomenul în sine n'a putut însă fi studiat mai de aproape decât cu ajutorul cercetărilor experimentale.

Graţie acestor cercetări s'a putut demonstra, în primul rând, că alergia nu ia naştere chiar din momentul infecţiunii, ci nu-şi face apariţia decât în cursul perioadei de a II-a incubaţie. Pontopidan, Queyrat şi alţii, în experienţele lor de reinoculare a sifilisului, la indivizi deja purtători de sifilome primare începătoare, au arătat că numai reinoculările practicate în primele 10—12 zile de la apariţia şancărului, se desvoltă sub aspectul de sifilome primare tipice, cele practicate mai târziu luând aparenţa unor papule secundare. O «prefacere» se săvârşeşte deci, sub ochii noştri, plecând de la această dată, în modul de a reacţiona al organismului faţă de treponemii inoculaţi. Aceleaşi experienţe au mai arătat că această prefacere nu se operează în mod brusc, ci prin gradaţiuni succesive. Intr'adevăr, chiar în cadrul celor 10—12 zile, aspectul leziunilor obţinute nu este perfect asemănător, ci, cu cât reinoculările sunt mai tardive, cu atât ele se îndepărtează de aspectul sifilomului primar, «coeficientul» secundar predominând din ce în ce mai mult în fizionomia lor.

Această «degradare», ca să zicem astfel, treptată, a şancărelor de reinoculare, cât şi virajul lor progresiv către morfologia «secundară» oglindeşte în mod perfect desvoltarea şi modul de evoluţie al alergiei cutanate.

Cercetările lui *Finger*, *Landsteiner*, *Ehrmann*, etc., au arătat mai departe că reinocularea sifilisului, adică «*superinfecţiunea*» este posibilă nu numai în cursul perioadei primare, ci la orice fază o boalei. Faptul interesant care s'a pus în evidenţă cu ocazia acestor din urmă experienţe, tot în legătură cu starea alergică a organismului, este că reinoculările dau de data aceasta naştere, la locul de inserţiune a virusului, la nişte leziuni ce îmbracă caractere corespunzătoare stadiului evolutiv în care se găseşte boala la individul inoculat, adică la leziuni de tip papulos, sau papulo-crustos, dacă inocularea era practicată la un sifiltiic în perioada secundară şi la leziuni de tipul nodular sau gomos, dacă individul se găsea în perioada terţiară a infecţiunii lui.

Organismul unui sifilitic capătă deci «moduri de reacţiune» speciale, după fazele boalei.

Alergia sifilitică îşi atinge apogeul său în perioada terţiară a infecţiunii, când ţesuturile capătă un aşa grad de hipersensibilitate sau hiperreactivitate încât răspund, faţă de cauza nocivă, prin alteraţiuni de tip necrotic sau ulcerativ, reacţiuni cu totul disproporţionate faţă de numărul restrâns de spirocheţi ce intră în joc în astfel de leziuni. Se produce acolo un fenomen analog cu acela al lui *Koch*, în tuberculoză. Această reacţiune sfacelică şi ulcerativă, cu toate consecinţele sale nefavorabile asupra ţesuturilor, sau chiar fatale pentru individ, atunci când ele se petrec într'un organ nobil, nu reprezintă totuşi altceva, ca semnificare biologică, decât un suprem mijloc de apărare al organismului, tinzând la distrugerea în masă şi la eliminarea ţesutului patologic şi a germenilor adăpostiţi întrânsul. Aceasta ne explică pentru ce în leziunile de tipul gomos, procesul se stinge pe loc după eliminarea materialului morbid, ulceraţiile gomoase propriu zise neavând nici o tendinţă la propagare excentrică, lucru din contra obişnuit în alte leziuni terţiare nesfacelice, ca sifilidele tuberoase-serpiginoase, expresia unor stări alergice mai moderate.

Profunda sensibilizare pe care organismul o încearcă în cursul perioadei terţiare este demonstrată nu numai prin caracterul special al leziunilor din această perioadă, dar şi prin fenomenul cutireacţiunii pozitive la luetină, care îşi atinge aci maximul de frecvenţă, fiind pozitivă în 80% din cazuri.

Contrariu imunităţii propriu zise, a cărui caracter principal este, după cum aţi văzut, acela de a fi supusă la oscilaţiuni, alergia, odată desvoltată, se comportă ca o proprietate stabilă a organismului, menţinându-se tot timpul cât durează boala. Din acest punct de vedere am putea zice că alergia ce se desvoltă în cursul sifilisului constitue una din stările cele mai caracteristice care deosebeşte organismul sifiliticului de acela al omului sănătos. Numai cu stingerea infecţiunii organismul anagizat poate din nou reveni la modul său reacţional normal, făcând posibilă, în caz de o eventuală reinfecţie, recapitularea întregului cortegiu evolutiv al sifilisului, întocmai cu şi cum această a doua infecţie s'ar desvolta pe un teren virgin.

REVISTA CARŢILOR

Dr. A. Hagi Paraschiv şi Dr. Ion Bazgan: Technica de microscopie. — Citologie — Ţesuturi — Sistem nervos. 198 pag. 20 figuri în negru, 5 desenuri în culori, microfotografii. 1939, Editura *Jean Leon*. Bucureşti

Este no. 7 din seria de monografii ale Institutului de Istologie şi Istogeneză din Bucureşti, publicate în afară de seria de lucrări cu caracter didactic, începute de d. profesor *Besnea* şi continuate de d. profesor *I. T. Niculescu*.

Aceste publicaţii şi-au câştigat în lumea medicală o deosebită apreciere, pentrucă reprezintă importante contribuţii ştiinţifice într'un domeniu de ştiinţă medicală pură, care îşi câştigă o tot mai largă difuziune. In acelaş timp este un rar exemplu de muncă de echipă bine coordonată, invederând importanţa şi rodnicia şcoalei istologice române.

Lucrarea cuprinde o serie de capitole indicând fie principii generale, fie technică sau procedee alese de autori şi recomandate ca fiind cele mai utile, asigurând rezultate constante. Această personală elaborare şi alegere arată, în felul cum este făcută, cât de sigură este experienţa faptică a autorilor, cari au desfăşurat o întinsă activitate de învăţământ şi de cercetări. Aspectul didactic al lucrării — în sens larg — este deci perfect potrivit scopului.

In ce priveşte contribuţiile româneşti la tecnica istologică aci sunt natural cuprinse procedeele de fixare *Gerota* şi *Ţupa* ca şi coloraţia cu safranină anilinată *Babeş*, procedee devenite clasice de mult timp.

Un loc destul de larg este făcut tecnicilor citologice. Urmează tecnicile de colorare a diferitelor ţesuturi, şi — potrivit subtitlului — istologia nervoasă se bucură de o deosebită atenţie. Fapt care corespunde şi importanţei contribuţiilor aduse neurologiei de cercetătorii români, începând dela mult regretatul Profesor *Marinescu*. Modificarea *Niculescu-Horneţ* ca şi modificarea Niculescu sunt cu totul folositoare (pg. 170—172).

Infine sunt redate metode pentru colorarea imaginilor, fie desenuri în culori, fie microfotografii, arătând care este rezultatul ce trebue obţinut.

Infine sunt redate metode pentru colorarea microbilor şi parasiţilor — procedeul Levaditi şi-a păstrat în totul importanţa — ca şi metode de conservare a pieselor anatomice.

In acest fel, manualul de faţă poate servi şi în laboratoarele de Anatomie Patologică.

Cele de mai sus subliniază în chip obiectiv importanţa, meritele şi originalitatea lucrării, care este rodul multor ani de lucru metodic, calm, tenace.

Dr. E. CRĂCIUN

Tratamentul tuberculozei extrapulmonare prin Rubrophen

de Dr. VICTOR CLIMESCU
Director Sanat. C. T. C.
Carmen Sylva

In voiajul pe care l-am făcut anul trecut în Germania, m'am oprit câteva zile la Budapesta şi Viena. Unul din motive a fost să văd la faţa locului rezultatele unui nou tratament, care se practică pe o scară deajuns de întinsă în clinicile din oraşele mai sus numite, în terapia tuberculozelor chirurgicale.

Iar în ultimul voiaj ce am făcut anul acesta în Italia, am văzut aplicându-se tratamentul cu Rubrophen în clinica ortopedică a Profesorului *Bergellini*, de D-rul *Mastromarino* (Pio Instituto dei Rachitici Milano).

Ţin să adaug că, ulterior, tratamentul cu acest nou produs se experimentează şi în clinicile Donnati la Milano, Putti la Bologna, Prof. *Ombrédanne* la Paris.

E vorba de un compus chimic numit *Rubrophen*, preparat după indicaţiile chirurgului Docent Dr. *Karl Sailer* dela Spitalul «Fraţilor caritătii», de marea fabrică de produse chimico-farmaceutice «Chinoin».

Când reprezentantul fabricei Chinoin în România mi-a prezentat preparatul, cu toată literatura anexată, care cuprindea numeroase comunicări făcute de chirurgi, ortopedişti şi dermatologi, în sprijinul eficacităţii acestui preparat, mărturisesc că nu aveam nici o poftă să încerc şi această nouă metodă.

Scepticismul meu în materie de medicamente eroice în tuberculoza chirurgicală îmi fusese prea des confirmat, ca să mă las prea uşor convins.

Am stat de vorbă la Budapesta cu Prof. *T. von Verebély*, Docent Dr. *Sailer*, Dr. *L. von Borsos*, directorul Spitalului «Crucea Albă» şi Dr. *Doros*, care conduce o secţiune dermatologică.

In clinicile celor de mai sus, dar mai cu seamă a Docent. Dr. *Sailer*, am văzut multe cazuri de tuberculoză chirurgicală, forme fie închise sau fistulizate, în majoritate la adulţi, trataţi cu Rubrophen. Bolnavii nu erau ţinuţi în spital, afară de cei din clinica dermatologică, decât timpul strict necesar ca să fie examinaţi şi să li se stabilească tratamentul. Li se dădea cantitatea suficientă de Rubrophen şi erau chemaţi din timp în timp la control.

Prin urmare erau trimişi în acelaş mediu în care contractase boala, se hrăneau aproape la fel ca înainte. Bine înţeles că în cazurile fistulizate şi unde radiologic se vedea sequestre, li se făcea tratamentul chirurgical adequat — asupra cărui lucru Docent Dr. *Sailer* insistă — luând în acelaş timp şi Rubrophen.

Toţi bolnavii cari mi-au fost prezentaţi, aveau fişe complecte, cu fotografii şi radiografii repetate, examene hematologice, curba greutăţii, curba termică; prin urmare, urmăriţi sistematic şi prezentaţi în chip cu totul ştiinţific. Acestor bolnavi li se spunea expres să nu facă soare sau ultraviolete, pentru a se putea aprecia şi mai bine rezultatul cu Rubrophen. Am constatat «de visu» din dosarele lor, cum după începerea tratamentului cu Rubrophen, hemoglobina, globulele roşii, cresc în mod simţitor, viteza de sedimentare scade, creşterea în greutate este apreciabilă şi durerile se reduc simţitor.

E adevărat că am rămas impresionat în faţa câtorva cazuri extrem de grave de tuberculoză osoase la adulţi şi cari cu acest tratament s'au vindecat, ori s'au ameliorat simţitor, într'un interval de 10—12 luni.

Sunt rezultate pe care le-am apreciat cu toată obiectivitatea care se cere în asemenea împrejurări.

La Viena am vizitat Spitalul Prof. *Volk*, spital excelent organizat, în care o mare majoritate din bolnavi o formează cei cu lupus tuberculos. La mulţi din ei, Prof. *Volk* le dă Rubrophen, odată însă cu Finsenterapia şi regimul dietetic al lui *Sauerbruck Gerson*. Prof. *Volk* este mulţumit de rezultatele date de Rubrophen, rezultate pe care le-am putut aprecia şi eu în vizitele pe cari le-am făcut alături de D-sa.

Prof. *Volk* combină însă Rubrophenul cu Finsenterapia în acele forme de lupus cu mers terebrant, pentrucă spune D-sa că, Rubrophenul singur n'ar avea acţiune aşa de rapidă în cât să oprească mersul leziunilor înainte ca ele să fi dat distrucţii ce nu se mai pot repara.

Cu această ocazie trebue să spun, că am admirat sălile de Finsenterapie cu lămpi unde pot fi trataţi deodată opt bolnavi (la o lampă). O sală de operaţie ca în cel mai modern serviciu de chirurgie, o bucătărie dietetică, condusă de surori cu cunoştinţe întinse asupra valorii energetice a fiecărui aliment, terasă pentru soare şi totul aşezat pe un deal, într'o regiune încântătotare în vecinătatea Vienei.

La Viena am vizitat şi un sanatoriu de tuberculoză osoasă pentru copii, cu care ocazie m'a impresionat buna lor mină cu toate localizările tbc. la unii destul de serioase. Acest lucru în parte l'am constatat şi la Budapesta. Imi face impresia că tuberculoza chirurgicală îmbracă, în ţările cu alimentaţie mai completă, la populaţia nevoiaşe, o formă mai benignă decât suntem obişnuiţi să vedem la majoritatea bolnavilor noştri.

Numai după cele văzute şi după ce am discutat cu medicii mai sus numiţi, reprezentanţi de elită a medicinei vieneze şi ungare, m'am decis să experimentez şi eu Rubrophen-ul în Sanatoriul C. T. C. Este just că încercări am început să fac încă din luna August 1937, dar mai regulat din luna Noembrie 1937 pe un număr de 22 bolnavi.

Medicamentul a fost experimentat după indicaţiile experimentatorilor cu cari am stat de vorbă. Am ales cazuri de tuberculoză chirurgicală cu localizări diferite, fistulizate şi nefistulizate, unele din ele — mărturisesc — *foarte grave*. Tratamentul l-am experimentat în majoritatea cazurilor timp de aproape un an de zile.

Dau foile de observaţie ale bolnavilor trataţi, după cari voi încerca să trag concluzii:

1. *B. M.*, 12 ani. Intră în Sanatoriu la 28.VI.1937.

Lupus tuberculos al feţii cu distrugerea cartilagiilor aripelor nasului.

Starea generală potrivită. Greutatea 37,100 kg.

Debut la vârsta de 7 ani.

Starea locală: prezintă un placard de lupus care îi ocupă aproape toată faţa, scoborând şi sub bărbie; aripele nasului distruse. O ulceraţie cât o piesă de 1 leu sub malarul drept, tuberculi pe buza superioară, în regiunea submentonieră stângă şi pe marginele placardului lupic.

Cruste groase în rest.

Fotogr. 5.VIII.1937.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 19.VIII.1937 alternând injecţii intravenoase cu pastile (două pe zi) până la 7.IX.1937 când se suprimă injecţiile şi ia numai pastile (patru pe zi). In acelaşi timp se unge regiunea cu alifie de Rubrophen.

La 12.XII.1937. Ulceraţia din regiunea malară aproape s'a vindecat şi întregul placard lupic are un aspect mult mai bun. După o pauză de o lună de zile reîncepe tratamentul cu 6 pastile pe zi, alifie de Rubrophen, luând câte 3 luni cu pauze de 2 săptămâni până în momentul plecării 10.X.1938.

Starea la plecare. Starea generală bună, greutatea kg. 43.500. Cicatrizarea perfectă a placardului lupic; nu se mai observă nici un tubercul.

Fotografia la plecare.

Rezultatul bun.

2. *N. S., 14* ani, intră în Sanatoriu la 22.III.1938.

Lupus tuberculos al feţii cu distrugerea nasului.

Starea generală potrivită. Greutatea kg. 46,600.

Debut: acum 11 ani.

Tratament anterior: tuberculină, B. C. G. electrocoagulare etc.

Starea locală: tegumentele la nivelul obrazului drept şi stâng, regiunea orbiculară dreaptă şi stângă, o parte din regiunea frunţii, buza superioară şi regiunea submentonieră acoperite în parte cu cruste groase de sub care iese un lichid sero-sanguinolent. Lobul nasului, septul şi aripele sunt complect distruse. Buzele mult tumefiate.

Fotografia 28.III.1938.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 24.III.1938 luând câte 6 pastile pe zi şi ungându-se pe faţă cu alifie de Rubrophen până la 1.VI.1938 când din cauza diareei se fac injecţii cu Rubrophen până la 28.VI.1938. După o pauză de 15 zile reîncepe cu injecţii alternând cu pastile (câte 7 pe zi) până la 20.X.1938.

1. *IX.1938.* Starea generală bună. Greutatea kg. 48,700.

Starea locală: mai persistă pe pleoapa superioară cruste mici ca o descuamaţie furfuracee; câţiva tuberculi în partea externă a orbitei drepte.

Formula sanguină: 4 Aprilie 1938

hematii	= 4.280.000	hemoglobină	= 80
poli. neutrofile	= 47%		
mononucleare	= 9%		
limfocite	= 43%		
Turk	= 1%		
hematii	= 4.360.000	hemoglobină	= 80
„	= 4.880.000	„	= 85
„	= 4.800.000	„	= 85
leucocite	= 6.400		
poli. neutrofile	= 56%		
mononucleare	= 7%		
limfocite	= 37%		

13 Iulie 1938
2 Septembrie 1938
30 Octombrie 1938

Fotografia 29. X. 1938.
Ameliorare marcată.

3. *D. M.*, 17 ani. Intră în Sanatoriu la 9.VI.1937.

Recidivă de lupus tuberculos pe faţa externă a braţului drept în treimea medie şi faţa dorsală a mânii drepte, întinzându-se pe degete la înălţimi variabile.

Starea generală bună. Greutatea kg. 34,200.

Debut: la vârsta de 6 ani.

Tratamentul anterior: a fost în sanatoriu din 1932 până în 1934. I s'a făcut electrocoagularea leziunilor la 7. V. 1933 şi 2 II.1934. Pleacă vindecat.

Starea locală: placardul lupic de pe faţa externă a braţului drept treimea inferioară şi cel de pe faţa posterioară a mâinii drepte cu prelungiri pe degete, ulcerat şi plin de cruste. (Recidivă).

Fotografie. 4.VII.1937.

16.XI.1937 electrocoagularea leziunilor.

Incepe să ia Rubrophen la 27.XI.1937 (greutatea kg. 39,700) până la 6.XII.1937 când se măreşte doza la 6 pastile până la 28.III.1938 când pleacă vindecat.

Incă de la 20 XII.1937 plăcile lupice erau aproape vindecate.

La plecare kg. 47. La acest bolnav s'a combinat tratamentul operator cu Rubrophen.

Fotografie 22.III.1938.

Rezultatul bun.

4. *R. I.*, 11 ani. Intră în Sanatoriu la 18.VI.1937.

Lupus al regiunei externe a cotului drept, treimea inferioară a feţii posterioare a antebraţului drept, faţa dorsală a mânii drepte întinzându-se şi pe prima falangă a degetului mediu, inelar şi mic. Recidivă.

Tratamentul anterior: electro-coagularea leziunlor la 16.VIII.1933 şi 2.II.1934. Pleacă la 25 Octombrie 1935 vindecat.

Starea locală: placardele lupice menţionate la diagnostic acoperite cu cruste ulceraţii, iar pe margini tuberculi în activitate. Electro-coagulare la 19.VII.1937.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 18.VI.1937 luând câte 4 pastile pe zi până la 11 Ianuarie 1938. Face o pauză până la 21.III.1938 când reîncepe cu 5 pastile, continuând până în ziua plecării (25.V.1938) când iese din Sanatoriu vindecat.

Fotografiat la 15.III.1938 şi 25.V.1938.

La acest bolnav s'a combinat tratamentul operator cu Rubrophen

Rezultatul bun.

5. *A. G.*, 18 ani. Intra în Sanatoriu la 7.XI.1937.

Lupus al nasului şi al buzei superioare, adenopatie preauriculară cervicală şi submaxilară. Revine cu recidiva leziunilor.

Starea generală potrivită. Greutatea 47 kgr.

Debut: în Decembrie 1933.

Tratamentul anterior: A mai fost în sanatoriu din Iunie 1934 până în Aprilie 1935, făcându-i-se la 20.IX.1934 electro-coagularea leziunilor lupice

Pleacă vindecat. Revine la 7 Sept. 1937.

Starea locală: prezintă distrusă o parte din aripa stângă a nasului şi din cloazon, nările pline cu puroi şi cruste; pe buza superioară sub nas are o suprafaţă de tuberculi în activitate şi cruste. O masă ganglionară cât o jumătate de nucă fără coaje, care se puncţionează la 2—3 zile, de la 9.IX — 27.IX. când se fistulizează în regiunea cervicală la nivelul unghiului drept al maxilarului inferior. Cicatrici preauriculare, dreaptă, stângă şi submaxilare rămase după ganglionii care au supurat la prima venire în sanatoriu.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 18.11.1937 (greut. 36 kgr.) cu câte 6 pastile pe zi şi ungându-se cu alifie Rubrophen, până la 4.III.1938. când face o pauză de 2 săptămâni. Reîncepe la 18.IV.1938, tot cu 6 pastile, până la 6.VI.1938 când se măreşte doza la 8 pastile. până la 27.7.1938.

Pauză 2 săptămâni. Reîncepe cu 8 pastile, până în momentul când scriu acest articol. (1.11.1938).

La 29.7.1938 massa ganglionară a diminuat mult. fistulele s'au închis, aspectul lupusului s'a modificat.

1.11.1938 Starea locală: Ameliorare.

6. *H. L.*, 11 ani. Intră în Sanatoriu la 22.I.1937.

Adenopatie cervicală bilaterală şi submaxilară fistulizată.

Stare generală: potrivită. Greutatea 27 kgr.

Debut: Acum 4 ani.

Starea locală: regiunea latero-cervicală dreaptă înapoia unghiului maxilarului, întinzându-se şi în regiunea submaxilară în treimea posterioară, o tumefacţie de mărimea unui ou de găină, dară, formată din 3—4 ganglioni aderenţi între ei şi la planurile superficiale şi profunde. La acest nivel 3 orificii fist.. Două posterioare, cari zemuesc mai puţin şi unul anterior, care zemueşte mai mult.

In regiunea latero-cervicală stângă, o massă ganglionară, cam de aceiaşi mărime şi simetric situată. Această massă prezintă 2 orificii fistuloase, în regiunea submaxilară ganglioni ca alunele fără coaje. In foselele supraclaviculare dreaptă şi stângă, ganglioni de mărimea unui bob de mazăre la un sâmbure de prună.

Fotografie 28.I.1937.

Incepe să ia Rubrophen dela 20.8.1937 (greut. 29.700 kgr.) făcând injecţii cari alternează cu pastile 3 pe zi, până la 8.10.1937. Pauză până la 1.11.1937, când reîncepe cu 5 pastile până la 19.12.1937. Din cauza unei stări gripale care o ţine o lună de zile. tratamentul se întrerupe şi se reîncepe la 19.I.1938 cu câte 5 pastile, până la 29.5.1938. La 15.6.1938 reîncepe cu 5 pastile la 20.10.38.

La 28.11.1937. Ganglionii dela unghiul drept al maxilarului inferior au diminuat şi fistulele zemuesc mai puţin. In schimb în regiunea cervicolă stângă, înaintea şi îndărătul sterno-cleido-mastoidianului, au mai apărut afară de cele 3 traecte fistuloase, încă 4.

La 7.7.1938 traectele fistuloase din regiunea cervicală dreaptă şi stângă, rămânând numai unul sub mastoidă.

La 15.10.1938. Masa ganglionară dela unghiul drept al maxilarului inferior a ajuns cât o măslină imobilă pe planurile profunde şi superficiale. In stânga, la nivelul unghiului maxilar inferior, un ganglion cât un bob de fasole mare, cei din spaţiul supra-clavicular diminuaţi şi ei mult. Toate traectele fistuloase închise. Greutatea 39 kgr.

Fotografie: 15.10.1938.
Rezultatul: Foarte mare ameliorare.

7. *N. E.* 11 ani. Intră în Sanatoriu la 27.12.1935.

Morbul lui Pott dorsal inferior, operată Albee 18.1.1937.

La 20.III.1937 apare o massă ganglionară în regiunea supraclaviculară dreaptă, care fistulează repede. In acelaş timp se palpează un ganglion în regiunea retrocervicală dreaptă, care se puncţionează, însă fistulizează după câtva timp.

Incepând să ia Rubrophen la 4.11.1937 (greut. 23 kgr.) câte 6 pastile pe zi până la 28.11.1937 şi deoarece ni se pare că leziunile se congestionează prea mult, se reduce la 4 pastile pe cari le ia până la 8.2.938, apoi 3 pastile până la 6.3.1938. Urmează pauză de 15 zile după care reîncepe. De această dată ia câte 6 pastile, până la 5.6.1938.

20.3.1938. Massele ganglionare au diminuat mult şi traectele fistuloase şi ulceraţile s'au cicatrizat.

15.7.1938. Pleacă din Sanatoriu. Greut. 24.400 kgr.

Rezultat bun.

8. *M. M.*, 10 ani. Intră în Sanatoriu la 28.4.1936.

Macroadenopatie cervicală bilaterală fistulizată. Tumoare albă a genunchiului stâng plurifistulizată.

Starea generală sub mediocră. Greutatea Kgr. 21.500.

Debutul adenopatiei în Aprilie 1935. Tumoare albă în 1934.

La 10.11.1936 i se face amputaţia coapsei stângi în treimea inferioară. Pe bontul de amputaţie apare o seric de traecte fistuloase. La o lună şi jumătate ganglionii inghinali corespondenţi bontului de amputaţie, ajung de mărimea unei mandarine şi fistulizează.

Starea locală. La unghiul drept şi stâng al maxilarului, masse mari de ganglioni de mărimea unor cartofi plurifistulizaţi, o gomă tuberculoasă ulcerată, care se întinde dela jumătatea sterno-cleidomastoidiană până la manumbriul sternal.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 22.8.1937 (greut. 19 kgr.) alternând injecţiile cu pastile (3 pe zi) până la 6.10.1937 când face o pauză până la 28.10.1937. Dela această dată până la 23.12.1937 ia tot numai pastile (3 pe zi). Pauză dela 23.12.1937—23.1.1938 când reîncepe tratamentul cu 4 pastile.

Neobservând nici un rezultat la 9.2.1938 i se măreşte la 5 pastile pe zi, iar în Martie ia câte 6 pastile pe zi, până la 11.5.1938

19.12.1937 aceiaşi stare proastă, atât general cât şi local.

14.5.1938. Se trimite acasă ca incurabilă Greut. 16.300 kgr.

Rezultat nul.

Această bolnavă face parte din cazurile foarte grave.

9. *V. N.*, 24 ani. Intră în Sanatoriu la 4.8.1937.

Morbul lui Pott lombar inferior cu abces (fistulizat la 15.3.1937).

Starea generală: bună. Greutate 53.700 kgr.

Debut în Martie 1934.

Starea locală: o cavitate mare cu puroi pe faţa externă a coapsei drepte în treimea superioară, iar pe faţa anterioară a coapsei, sub arcada crurală în treimea externă, un traect fistulos, care comunică cu cavitatea de puroi şi cu fosa iliacă dreaptă, din care se scurge secreţia abundentă.

Incepe tratamentul cu Rubrophen (greut. 53.300 kgr.) la 22.8.1937 alternând injecţiile cu pastile per os (4) până la 30 Septembrie 1937. I se fac şi puncţii ale abcesului în număr de 4, după care abcesul se opreşte să mai dea (30.8.1937). La această dată avem notate pe foaia de observaţii următoarele: Abcesul dispărut, pe fistulă nu se mai scurge decât o foarte mică cantitate de lichid seros.

La 1.10.1937. Operat. (Albee). Intrerupe tratamentul până la 17.11.1937 când îl reîncepe, luând câte 6 pastile până la 20 Decembrie 1937, când se suspendă din cauza unei crize apendiculare, ca să-l reînceapă la 19.I.1938 şi să-l continue până în 25 Aprilie 1938, când pleacă vindecat. Greutate 56 kgr. Traectul s'a închis la 24.I.1938.

La 8.9.1938 e revăzut. Fistula se menţine închisă.

Rezultat bun, fiind vorba de un Pott fistulizat la adult.

10. *M. G.*, 43 ani. Intră în Sanatoriu la 13.6.1938.

Morbul lui Pott dorsal superior şi inferior, dublă epididimită tuberculoasă.

Starea generală: potrivită. Greutatea 70 kgr.

Debut în 1936 luna Martie cu dureri în regiunea interscapulară. După câteva luni încep dureri şi în regiunea dorsală inferioară. In Martie 1938 dureri uşoare în testiculul drept şi stâng.

Starea locală. La nivelul vertebrelor IV—V şi IX—X se simte o apofiză spinoasă mai eşită, ambele regiuni uşor sensibile la presiuni, în ambii epididimi se simt noduli — mai accentuaţi în dreapta.

Ia Rubrophen din 20 Februarie 1938. 10 Injecţii, 10 zile pauză, până la 20.3.1938, când a început să alterneze injecţiile cu pastile (3 pe zi). A luat încontinu până la 20.5.1938. Face pauză 15 zile şi apoi începe în acelaş mod. In Sanatoriu (13 Iunie 1938) nu poate suporta injecţiile (a făcut numai 4) deoarece îi dădea frisoane. I se administrează câte 8 pastile pe zi.

La 20.7.1938 are un puseu subacut şi epididimul drept se umflă mult, iar la 25 August 1938, apare un abces.

La 1.9.1938 a început să se tumefieze şi cel stâng, dar nu cu aceiaş intensitate ca cel drept. Continuă tratamentul cu Rubrophen — câte 8 pastile pe zi — până la 1.10.1938. Reîncepe după o pauză de 15 zile.

La începutul lunei August i-a apărut un abces în regiunea fesieră dreaptă. In urma tratamentului cu Rubrophen, durerile pe care le avea bolnavul în coloană s'au ameliorat foarte mult şi pofta de mâncare i-a revenit. Totuşi nu i-a împiedecat evoluţia leziunilor epididimare şi apariţia abcesului fesier.

Intre timp i se face la 29.9.1938 epididimectomie stângă, iar la 22.10.1938 epididimectomie dreaptă.

Greutatea la 1.11.1938 kgr. 69.600.

Rezultatele numai în ceace priveşte durerile şi pofta de mâncare.

11. *T. G.*, 21 ani. Intră în Sanatoriu la 4.8.1937.

Morbul, lui Pott dorsal inferior fistulizat. Operat (Albee) la Bucureşti în 1933 şi reoperat la Braşov în 1934.

Starea generală: submediocră. Greutatea de 54.500 kgr.

Debut: în primăvara anului 1933.

Starea locală: încizie operatorie pentru osteosinteză vertebrală, prezintă la extremităţile ei două traecte fistuloase, prin cari se scurge o cantitate mare de puroi febril.

Incepe Rubrophenul la 17.11.1937 (Greut. 51.500) luând câte 6 pastile pe zi. Bolnavul continuă să facă febră şi la 22.1.1938 se puncţionează un abces în regiunea lombară stg. din care se scoate 400 cm³ puroi. Se continuă cu Rubrophen, până la 4.2.1938 şi din cauza temperaturei ridicate şi a albuminei, care creşte mereu, se întrerupe.

Bolnavul merge din ce în ce mai prost şi sucombă la 30.9.1938.

Acesta e al doilea caz foarte grav, unde nici Rubrophenul nu a putut să oprească mersul fatal al maladiei.

12. *B. J.*, 11 ani. Intră în Sanatoriu la 7.10.1937.

Coxalgie stângă cu abces în regiunea genito-crurală.

Starea generală proastă. Greut. 23.500 kgr.

Debut în Septembrie 1936.

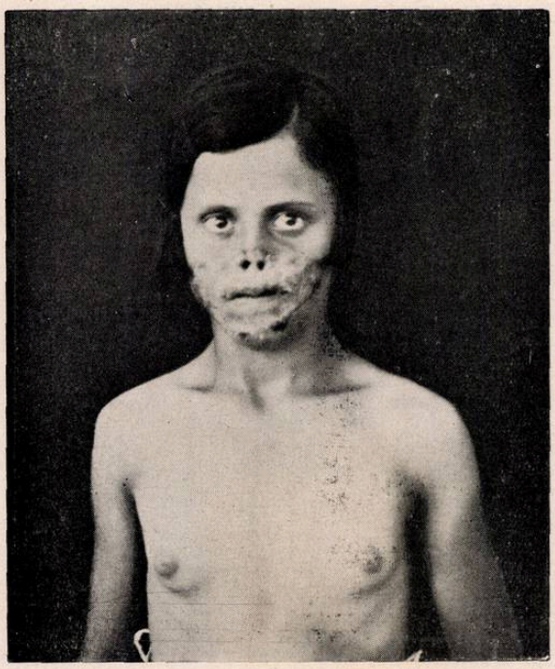
Starea locală: articulaţia coxo-femurală stângă mult tumefiată, împăstată, foarte dureroasă la presiune, în abducţie de 20° şi rotaţie externă. In regiunea genito-crurală un abces rece, care se puncţionează dela 6.11.1937 până la 18.11.1937. Tegumentele palide, uscate, complect decarnat, fără poftă de mâncare, febril, diaree.

Radiografia 11.11.1937. (Spre publicare). Dispariţia complectă a spaţiului articular. Decalcifierea marcată a întregei extremităţi superioare a femurului stâng şi cavitatea cotiloidă corespondentă.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 17.11.1937 (Greut. 22. — kgr.) câte 4 pastile pe zi până la 10.2.1938 când începe să ia câte 6 până la 5.3.1938. Intrerupe până la 1.4.1938 când din cauza persistenţei diareei i-am administrat Rubrophen-ul sub formă de injecţii la 2 zile, până la 1 Iunie 1938, când starea lui ameliorându-se mult, reîncepe tratamentul cu pastile câte 6 pe zi. Din luna Mai febra scade, iar din Iunie nu mai trece peste 37°. Reîncepe tratamentul cu Rubrophen la 7.7.1938 când găsim notat pe foaia lui de observaţie: starea generală mult ameliorată, articulaţia coxo-femurală stângă foarte puţin du-

TRATAMENTUL TUBERCULOZEI EXTRAPULMONARE PRIN RUBROPHEN

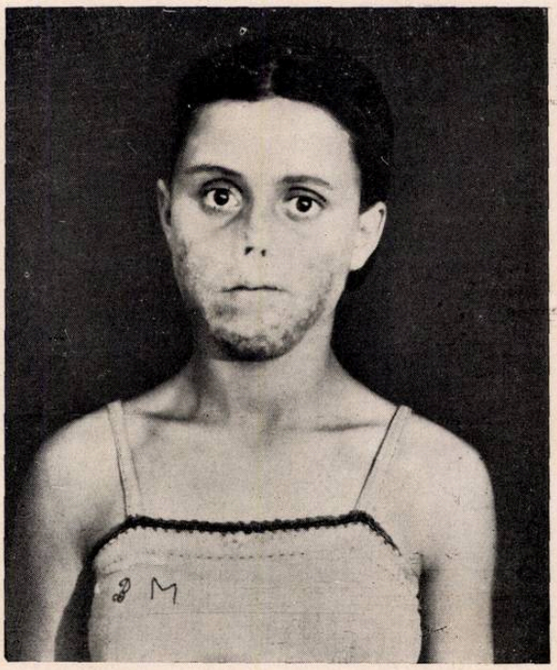
Radiografii şi fotografii la lucrarea DR. VICTOR CLIMESCU Dir. Sanat. C. T. C. Carmen Sylva („România Medicală" din 15. III. 1939).



(Foaie de observaţie 1)

B. M. Lupus tuberculos al feţei cu distrugerea cartilagiilor aripilor nasului.

Stânga : 5.VIII 1937 înainte de tratament.
Dreapta : 3.XI 1938 după tratament.



(Foaie de observaţie 2)

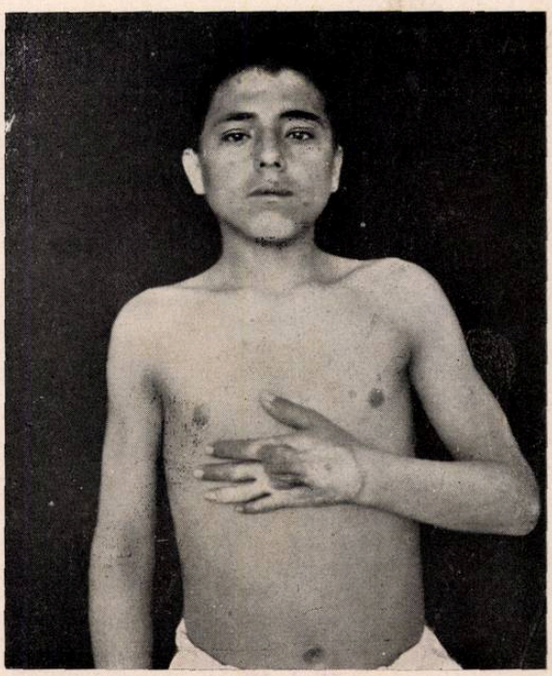
N. S. Lupus tuberculos al feţei cu distrugerea nasului.

Stânga : 28.III. 1938 la începutul tratamentului.
Dreapta : 29.X. 1938 după tratament.

(Foaie de observaţie 3)

D. M. Recidivă de lupus tuberculos pe faţa externă a braţului în treimea medie şi faţa dorsală a mânei.

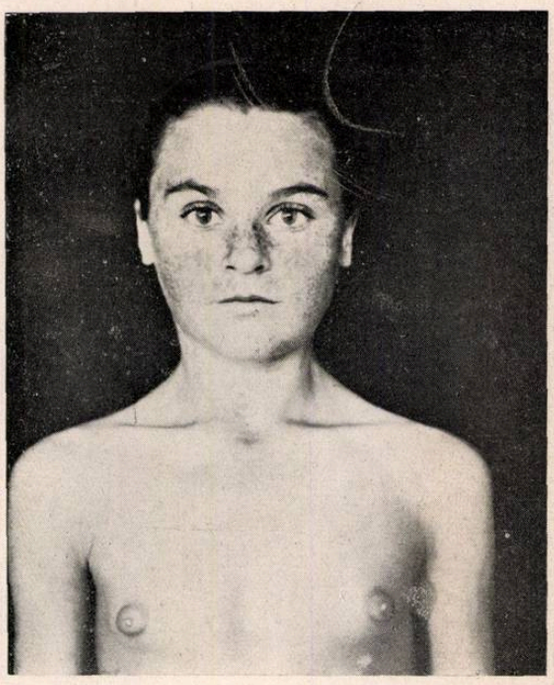
Stânga : 4.VII. 1937 înainte de tratament.
Dreapta : 22.III. 1938 după tratament



(Foaie de observaţie 6)

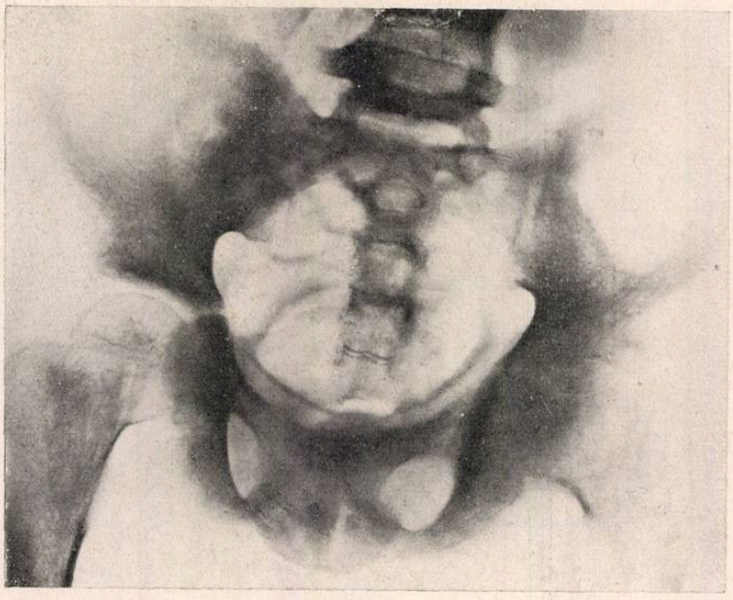
H. L. Adenopatie cervicală bilaterală şi submaxilară fistulizată.

Stânga : 28.I. 1937 înainte de tratament
Dreapta : 15.X. 1938 după tratament.



(Foaie de observaţie 12)

B. I. Coxalgie stângă cu abces în regiunea genito-crurală.

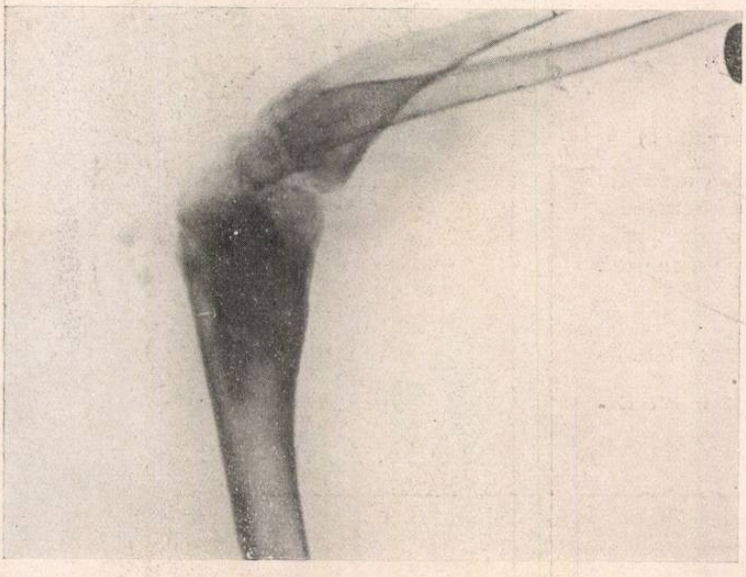


11.XI. 1937 înainte de tratament.

21.X. 1938 după tratament.

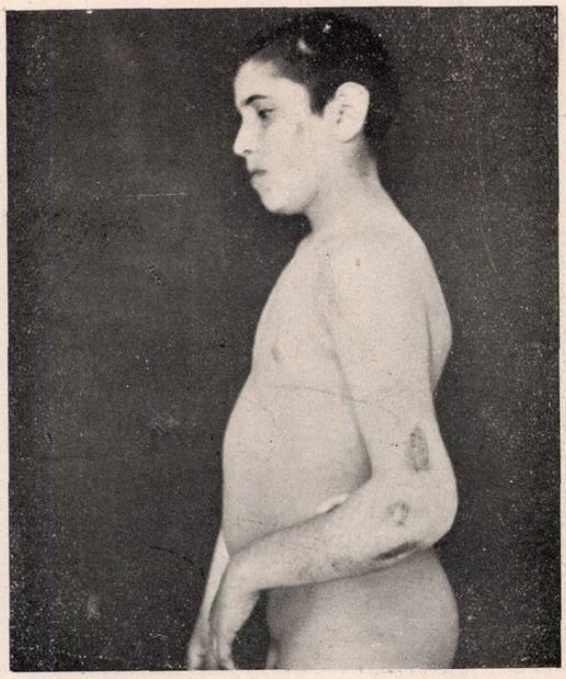
(Foaie de observaţie 15)

C. R. Artrita T. B. C. a cotului stâng plurifistulizată cu leziuni mai accentuate în extremitata inferioară a humerului.



3.XII.1 937 la începutul tratamentului.

31.VIII. 1938 după tratament.



(Foaie de observaţie 14)

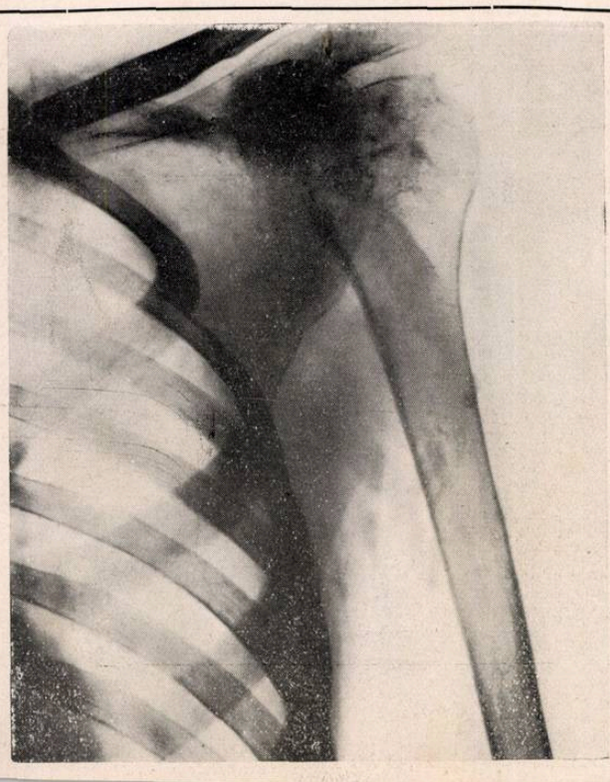
B. I. Artrită T. B. C. a cotului drept plurifistulizată.

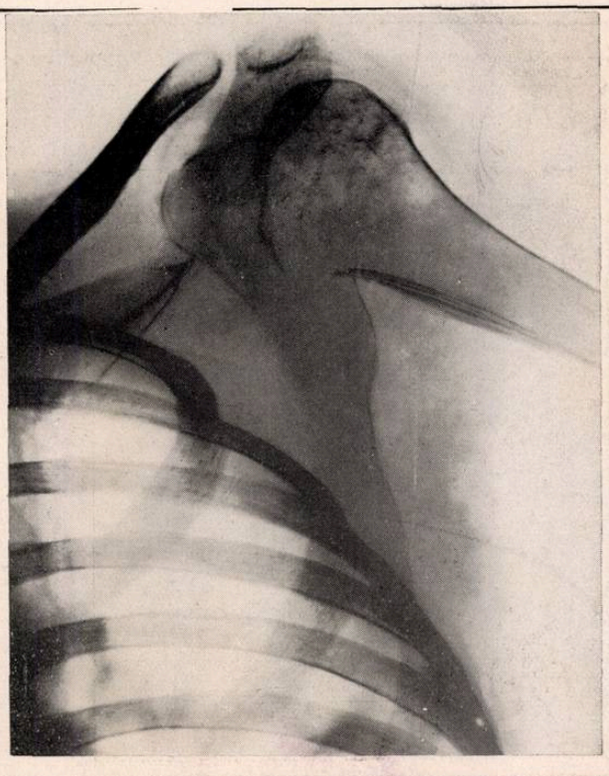
Stânga: 9.XII. 1937 la începutul tratamentului.
Dreapta: 25.III. 1938 după tratament.

(Foaie de observaţie 15)

P. N. Tumoară albă a cotului stâng.

Stânga: 11.XII. 1937 înainte de tratament.
Dreapta: 21.X. 1938 după tratament.





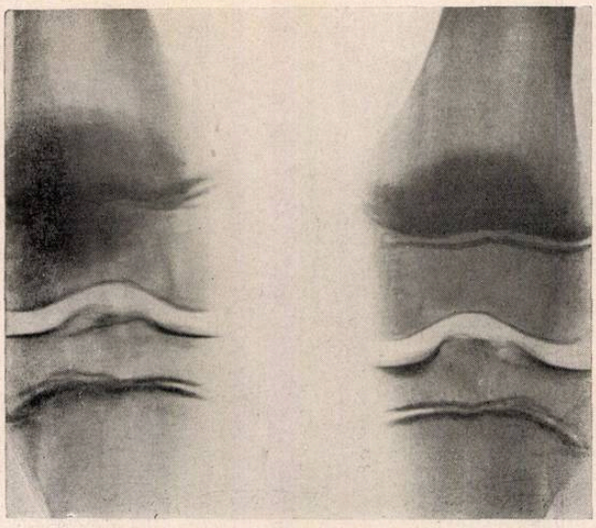
(Foaie de observaţie 15)

P. N. Artrită scapulo-humerală stângă plurifistulizată.

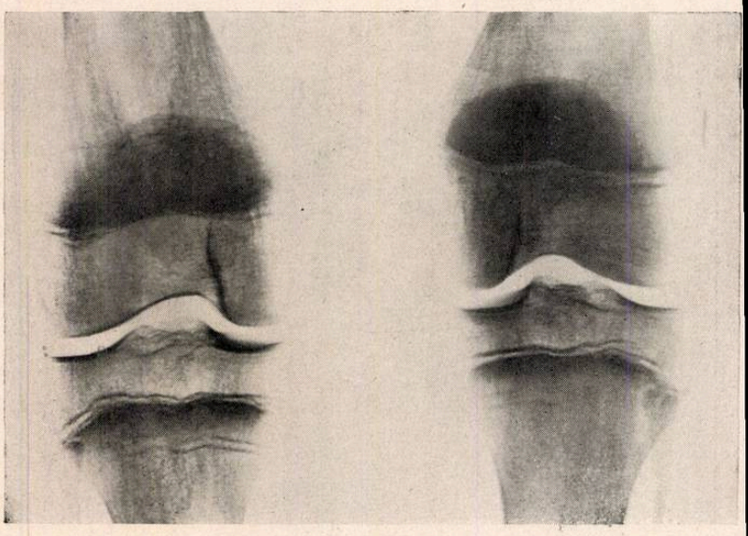
Stânga: 11.XII. 1937 înainte de tratament.
Dreapta: 21.X. 1938 după tratament.

(Foaie de observaţie 17)

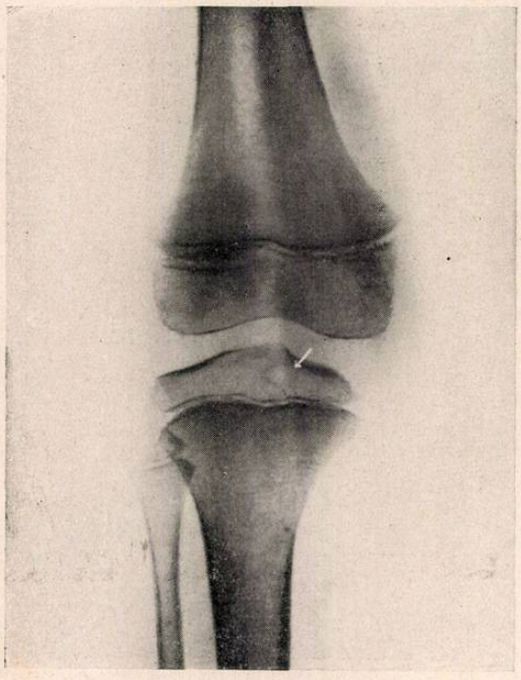
B. O. Tumoară albă a genuchiului drept.



10.VI. 1937 înainte de tratament.



26.VII. 1938 după tratament.

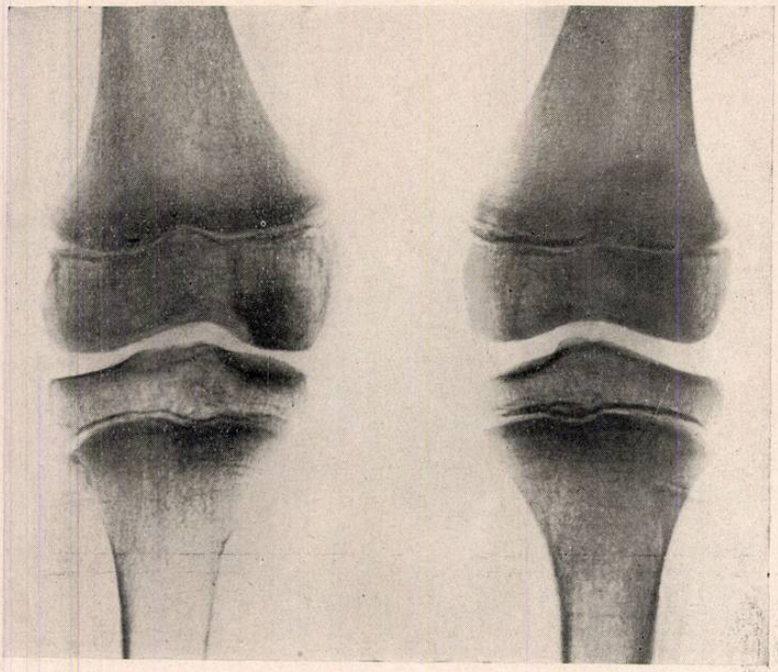


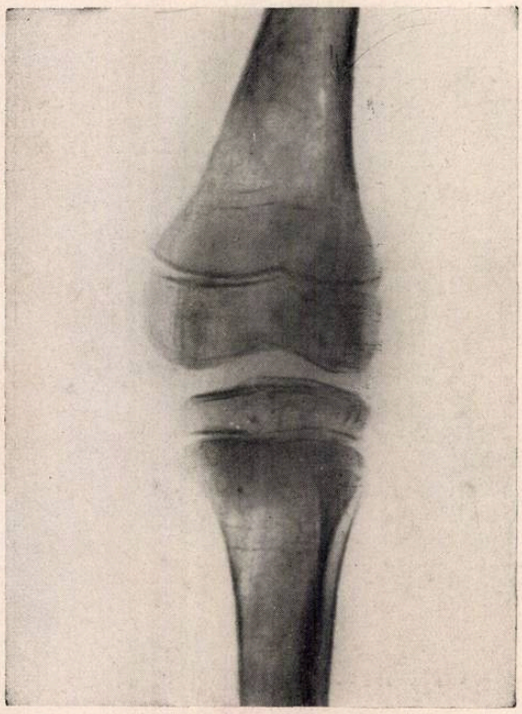
(Foaie de observaţie 19)

L. I. Tumoară albă a genuchiului drept.

Stânga : 21.IV. 1937 înainte de tratament.

Dreapta : 21.X.1938 după tratament.



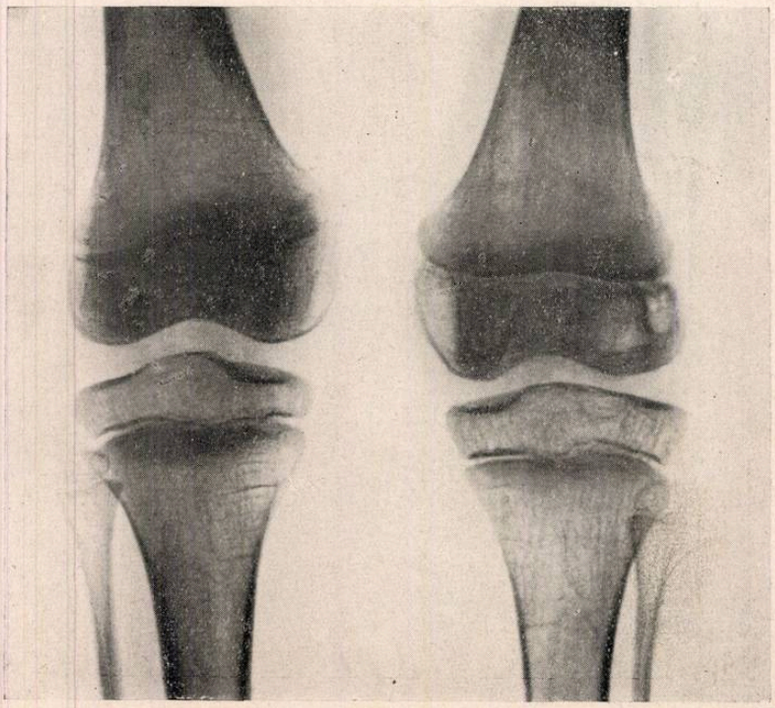


(Foaie de observaţie 20)

B. A. Tumoară albă a genunchiului stâng.

Stânga : 15.IV. 1937 înainte de tratament.

Dreapta : 21.X.1938 după tratament.



reroasă, neimpăstată, abcesul nu se mai palpează, nu febricitează, nu mai are diaree, nu mai tuşeşte. (In Martie şi Aprilie a tuşit şi a febricitat mai mult ca înainte), fără însă ca radiografic să fi găsit ceva suspect pulmonar.

La 1.11.1938. Starea generală bună. Are poftă de mâncare, afebril, art. coxo-femurală stângă uscată, foarte uşor sensibilă, se percep câteva mişcări.

Radiografia 21.10.1938. Aspect net de delimitare a leziunilor cu proces de recalcifiere.

Greutatea 29.800 kgr.

Rezultat foarte bun.

Examenul hematologic.

29 Noembrie 1937	hematii	= 5.440.000	hemoglobină	= 80
	leucocite	= 14.200		
	poli. neutro	= 69.6%		
	„ bazo	= 0.4%		
	mononucleare	= 3.3%		
	limfocite	= 26.5%		
23 Ianuarie 1938	hematii	= 3.800.000	hemoglobină	= 70
20 Februarie 1938	„	= 3.380.000	„	= 70
8 Martie 1938	„	= 3.560.000	„	= 60
29 Martie 1938	„	= 3.400.000	„	= 55
	eucocite	= 4.500		
	poli. neutro.	= 59%		
	mononucleare	= 4%		
	limfocite	= 37%		
28 Mai 1938	hematii	= 3.800.000	hemoglobină	= 60
8 Iulie 1938	„	= 4.920.000	„	= 70
2 Septembrie 1938	„	= 4.400.000	„	= 65
30 Octombrie 1938	„	= 4.500.000	„	= 65
	leucocite	= 9.200		
	poli neutrofile	= 71%		
	„ eozinofile	= 1%		
	mononucleare	= 5%		
	limfocite	= 23%		

13. *C. R.*, 12 ani. Intră în Sanatoriu la 12.7.1937.

Artrita tbc. a cotului stâng plurifistulizată cu leziuni mai accentuate în extremitatea inferioară a humerului.

Starea generală: bunişoară. Greutate 29.600 kgr.

Debut. In 1935 şi fistulizează în 1936 primăvara.

Starea locală: Cotul stâng în flexiune de 100° anchilozat, mult tumefiat, cu două fistule pe faţa externă şi una pe faţa internă din care se scurge mult puroi.

Radiografia 3.12.1937. Părţile moi mult mărite. In extremitatea inferioară a humerului stâng se observă o cavitate ovulară de 4x2½ cm. în os, care se sequestrează. Decalcifiere.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 3 Noembrie 1937 (greut. 36 kgr.) cu 4 pastile pe zi, până la 9.2.1938, când începe să ia câte 6 pasile până la 3.3.1938.

Făcându-i-se o radiografie la 8.3.1938 se constată o dispariţie o sequestrului osos din extremitatea inferioară a humerului, cu micşorarea pronunţată a cavităţei şi o recalcifiere intensă. In acelaş timp notăm şi o ameliorare simţită în starea locală.

Reîncepe tratamentul la 21.3.1938 cu 6 pastile până la 20.6.1938. Pauză 15 zile şi din nou câte 6 pastile până la 20.9.1938.

Radiografia 31.8.1938 ne arată o recalcifiere puternică a focarului de osteită, dispariţia sequestrului, o diminuare a volumului osului care era mult tumefiat la acest nivel, diminuare care se vede şi în radiografia din 8.3.1938.

La 1.10.1938 cotul stâng complect uscat. Fistulele totuşi mai zemuesc puţin probabil că va fi nevoie de un mic curetaj pentru micile resturi de fongozităţi cari mai persistă.

Greutate 38.700 kgr.

Ceeace-i mai interesant în acest caz e că radiologic se constată ameliorări mult mai mari decât arată starea clinică. Vreau să spun că, uneori nu e un paralelism între aspectul radiologic şi cel clinic şi că dacă placa radiografică şi aspectul clinic dovedesc eficacitatea unui tratament, cred că uneori numai unul din aceste elemente — când este prea evident — e poate dovedi.

Foaia hematologică.

29 Noemb. 1937	hematii	= 3.760.000	hemoglobină	= 80
	leucocite	= 7.000		
	poli. neutro	= 44%		
	„ eozino	= 11%		
	„ bazo	= 1%		
	mononucleare	= 5%		
	limfocite	= 39%		
23 Ian. 1938	hematii	= 5.200.000	hemoglobină	= 70
20 Febr. 1938	„	= 4.920 000	„	= 70
31 Martie 1938	„	= 4.720.000	„	= 55
	leucocite	= 5.400		
	poli. neutro	= 55 %		
	„ eozino	= 3 %		
	mononucleare	= 9%		
	limfocite	= 33%		
10 Mai 1938	hematii	= 4.800.000	hemoglobină	= 60
13 Iulie 1938	„	= 4.000 000	„	= 70
2 Sept 1938	„	= 4.700.000	„	= 80
30 Oct. 1938	„	= 4 600.000	„	= 80
	leucocite	= 7.300		
	poli. neutro	= 62%		
	„ eozino	= 7%		
	mononucleare	= 3 %		
Rezultat bun.	limfocite	= 28%		

14. *B. J.*, 15 ani. Intră în Sanatoriu la 18.10.1937.

Artrită tbc. a cotului drept plurifistulizată.

Starea generală bună. Greutatea 37 kgr.

Debut în 1932. Apariţia abceselor în vara anului 1932. Fistulizează la Decembrie 1932.

Starea locală. Cotul drept în flexiune de 110° tumefiat, cu o serie de 4 fistule situate pe faţa externă şi posterioară din care se scurge o cantitate mare de puroi. Mişcări dela 80° — 110°.

Fotografie 9.12.1937.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 18.11.1937 (greut. 38.800 kgr.) cu 4 pastile pe zi până la 10.2.1938 când începe să ia 6 pastile până la plecare 16.3.1938.

Pe foaia la 23.I.1938 găsim notat că fistulele s'au închis.

La 16.3.1938. Starea generală foarte bună.

Greutatea 46 kgr.

Starea la plecare: cotul drept uscat, nedureros, fistulele complect cicatrizate. Poate flecta până la 65° şi extensie 110°.

Fotografie 23.3.1938.

Rezultat bun.

15. *P. N.*, 16 ani. Intră în Sanatoriu la 30.11.1937.

Tumora albă a cotului stâng, artrită scapulo-humerală stângă plurifistulizată, osteita malarului drept fistulizată, gome tuberculoase pe obrazul drept, antebraţul drept în treimea inferioară, faţa anterioară, osteita obcranului drept, plagă operatorie pentru desarticulaţia metacarpianului 5 mâna dreaptă tuberculizată.

Starea generală: proastă. Greutatea 47.200 kgr.

Debut: osteita degetului şi metacarpianului corespondent în vara anului 1935. După câteva luni i s'a prins şi umărul stâng. In iarnă 1935 i se desarticulează metacarpianul împreună cu degetul mic dela mâna dreaptă. După câteva luni apar gomele în treimea inferioară a antebraţu-

lui drept şi tot atunci fistulează umărul stâng. In vara anului 1936 se prinde cotul stâng şi nu mult după aceasta fistulizează umărul stâng. In iarna anului 1936 apare osteita olecraniului drept care fistulează repede. In primăvara anului 1936 apare goma depe obrazul drept şi osteita malarului drept.

Starea locală: leziunile cotului şi umărului stâng supurează abundent, aspectul regiunilor respective fiind foarte tumefiat. Celelalte leziuni supurează mai puţin. Bolnavul e decarnat, tegumentele palide.

Radiografia 11.12.1937. Cot stâng. Mărire accentuată a părţilor moi. Decalcifiere intensă a extremităţilor osoase. Flou marcat. *Scapula umerală stg.* dispariţia complectă a spaţiului articular. Decalcifiere intensă a omoplatului şi humerusului.

Incepe Rubrophenul la 3.1.1938 cu 6 pastile pe zi (greutate 48 kgr.) până la 1 Aprilie ia câte 7 pastile şi continuă până la 26.4.1938.

Se întrerupe din cauza apariţiei albuminei care oscilează între 1—2 g. luna Mai, 2, 3—6 g. în luna Iunie, ca apoi să înceapă să descrească, variind între valori mai mici, până când în luna Octombrie ajunge să varieze între 1 g. — 1,5 g.

Faptul că întrerupând Rubrophen-ul la 26.4.1938 albuminuria continuă să crească ne face să socotim că, Rubrophen-ul nu are nici o vină şi deci reîncepem tratamentul la 25.7.1938 cu 6 pastile şi-l continuăm, până la 22.10.1938.

La 20.3.1938. Local se constată o retracţie a ţesuturilor din jurul articulaţiilor cotului şi umărului stâng, o uşoară diminuare a supuraţei şi o tendinţă de cicatrizare a gomelor de pe faţa anterioară a antebraţului drept şi a plăgii operatorii dela mâna dreaptă.

La 29.8.1938. Ameliorarea continuă într'un ritm foarte lent.

16.10.1938. Gomele depe faţa anterioară a antebraţului drept şi plaga operatorie depe marginea internă a mâinii drepte s'au cicatrizat.

Aspectul cotului şi scapulo-umerale uşor ameliorate, supuraţia micşorată.

Radiografie 21.10.1938.

Cot. stâng: recalcifiere vădită a extremităţilor osoase, oasele sunt bine înscrise.

Umăr stâng. Proces de recalcifiere mai puţin accentuat încă ca la cot.

Bolnavul va continua tratamentul.

Greutatea 53 kgr. (1.11.1938). Greutatea urcă până la Mai ajungând la 53.200. Incepe să scadă (albumina creşte) până în luna August, ajungând la 47 kgr. Se urcă (albumina scade) ca să ajungă la 1.11.1938 la 53 kgr.

Foarte uşoară ameliorare.

16. *O. A.*, 12 ani. Intră în Sanatoriu la 16.9.1937.

Tumoară albă a genunchiului drept plurifistulizată.

Starea generală proastă. Greutatea 18 kgr.

Examenul hematologic.

22 Ianuarie 1938	hematii	=	3.800.000	hemoglobin	= 60
20 Februarie 1938	„	=	4.800.000	„	= 65
9 Martie 1938	„	=	4.500.000	„	= 50
28 Mai 1938	„	=	4.400.000	„	= 60
8 Iulie 1938	„	=	3.640.000	„	= 70
30 Octombrie 1938	„	=	4.000.000	„	= 65
	leucocite	=	9.400		
	poli. neutro	=	70%		
	„ eozino	=	1%		
	mononucleare	=	6%		
	limfocite	=	23%		

Debut: la vârsta de 6 ani. Fistulizează cu un an înainte de intrarea în sanatoriu.

Starea locală: genunchiul drept foarte tumefiat, prezintă pe faţa antero-externă 7 fistule (în partea antero-internă 2 şi spaţiul pubitcu una). Supurează abundent, foarte dureros. Afebrilă.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 9.11.1937 cu 4 pastile pe zi (greut. 19 kgr.) până la 9.2.1938. Câte 6 pe zi până la 4 Martie 1938 când intră în pauză. La 1 Aprilie 1938 reîncepe cu 6 pastile până la 21.6.1938, când îi urcăm doza la 8 pastile, deoarece nu vedeam nici un rezultat.

20.3.1938. Găsim în foaia de observaţie următoarele: Foarte uşoară ameliorare locală şi generală. Durerile însă au diminuat mult.

La 7.7.1938. Starea generală în ameliorare, genunchiul supurează mai puţin, ficatul, splina în limitele normale.

La 30.8.1938. Starea generală începe să decline, genunchiul supurează mai mult.

La 16.10.1938. Starea generală proastă, genunchiul supurează mult, a apărut de vreo 2 săptămâni o plagă atonă, care par'că ar fi amputat colul superior al amigdalei drepte. Ganglionii dela unghiul drept al maxilarului inferior, formează o massă cât un ou mic de găină, vocea stinsă.

La 1.11.1938. Greutatea la început 18 kgr. In luna Decembrie 18,500 oscilează cu mici ridicări şi coborîri de câteva sute de grame, până în Martie, când începe să crească foarte uşor, ajungând în Iulie la 20.200 kgr., apoi iarăşi începe să scadă şi ajunge la 1.11.1938 la 17.500 kgr.

Nici o ameliorare.

17. *B. O.*, 13 ani. Intră în Sanatoriu la 22.5.1937.

Tumoră albă a genunchiului drept.

Starea generală: bună. Greutatea 43 kgr.

Debut: Acum un an.

Radiografia 10.6.1937. Genunchiul drept, extremităţile osoase decalcifiate. Flou articular.

Stare locală. 18.11.1937. Genunchiul drept foarte uşor tumefiat, mai cald ca cel din partea opusă, uşoară sensibilitate în partea internă a genunchiului pe condil şi platou. Ganglionii inghinali corespondenţi măriţi, cei iliaci nu se palpează. Poate flecta genunchiul până la 100°. Ia Rubrophen dela 22.8.1937 (greutate 43 kgr.) alternând injecţiile cu 2 pastile pe zi, până la 12.9.1937 când suprimăm injecţiile, pentru a lua numai pastile (câte 4) până la 29.10.1937. Pauză 15 zile şi reîncepe cu 4 pastile până la 8.2.1923 când se măreşte doza la 5 pastile până la 1.5.1938. Pauză o lună. Reîncepe cu 6 pastile până la 29 Iunie 1938. Pauză 15 zile şi iarăşi câte 7 pastile, până la 17.10.1938 când pleacă.

La 20.3.1938, găsim notat: radiologic şi clinic ameliorat.

La 26.7.1938. Radiografia. Recalcifiere intensă a extremităţilor articulare.

29.8.1938. Se pune la mers.

17.10.1938. Pleacă vindecat.

Greutate 53.500 kgr.

Rezultat bun.

18. *B. P.*, 5 ani. Intră în Sanatoriu la 12.5.1937.

Tumoră albă a genunchiului drept.

Starea generală bună. Greutate 13 kgr.

Debut: In Decembrie 1936.

Starea locală: genunchiul drept tumefiat

Tabloul hematologic.

23 Ianuarie 1938	hematii	=	4.000.000	hemoglobină	= 60
20 Februarie 1938	„	=	5.180.000	„	= 65
31 Martie 1938	„	=	5.200.000	„	= 50
	leucocite	=	9.400		
	poli. neutro	=	69%		
	„ eozino	=	1%		
	mononucleare	=	4%		
	limfocite	=	26%		
10 Mai 1938	hematii	=	4.720.000	hemoglobină	= 60
13 Iulie 1938	„	=	4.800.000	„	= 70
2 Septembrie 1938	„	=	4.560.000	„	= 70
30 Octombrie 1938	„	=	4.040.000	„	= 65
	leucocite	=	14.700		
	poli. neutro	=	76%		
	mononucleare	=	5%		
	limfocite	=	19%		

mult, cald, dureros, gaglionii inghinali şi iliaci măriţi. Poate flecta genunchiul până la 110°. Incepe tratamentul cu Rubrophen la 21.9.1937 (greutate 13.500 kgr.) cu injecţii şi pastile (câte 2 pe zi) până la 5 Oct. 1937, iar de atunci tot câte 2 pastile până la 22.10.1937. Reîncepe la 4.11.1937 cu 2 pastile până la 2.1.1938. Face varicelă şi întrerupe tratamentul. La 25.1.1938 reîncepe cu 2 pastile, dar numai până la 11.2.1938. Pauză până la 11.3.1938, când reîncepe luând câte 4 pastile până la 12.6.1938. Pauză 15 zile şi reîncepe cu 4 pastile până la 31.8.1938, când se măreşte doza la 6 pastile până la 15 Oct. 1938.

Greutate 14.800 kgr.

Nici clinic, nici radiologic nu s'a constatat nici o ameliorare.

19. L. J., 10 ani. Intră în Sanatoriu la 8.4.1937.

Tumoră albă a genunchiului drept.

Starea generală bună. Greutate 22 kgr.

Debut în 1936.

Radiografia 21.4.1937. Flou decalcifiere, se vede o zonă de osteită de mărimea unui bob de porumb în platoul tibial intern.

Starea locală. Genunchiul drept tumefiat mult, plin de fongozităţi, dureros atât în partea externă, cât şi în partea internă, diferenţă de temperatură locală, ganglionii inghinali corespondenţi măriţi; poate îndoi genunchiul până la 90°.

Incepe Rubrophen-ul la 21.9.1938 (greutate 22.800 kgr.) cu injecţii alternând cu pastile până la 7.10.1937 şi apoi numai pastile (câte 2) până la 24.10.1937. Pauză până la 8.11.1937, când reîncepe tratamentul cu 4 pastile, până la 25.1.1938. Pauză până la 16.2.1938, reîncepând cu 5 pastile până la 25.4.1938, când face iarăşi o pauză de 2 săptămâni, ca să reînceapă cu 5 pastile, până la 10.6.1938, apoi 6 pastile până la 7.7.1938, apoi până la 18.9.1938.

La 8.1.1938. Zona de osteită aproape complect dispărută.

La 16.10.1938. Genunchiul este tot tumefiat, cu o uşoară diferenţă de temperatură, uşor dureros la partea internă. Poate îndoi genunchiul până la 80°. Diferenţa de circonferinţă a genunchiului e tot de 3 cm.

Radiografia 21.10.1938. Părţile moi tot mărite, dar se observă o recalcifiere cu dispariţia zonei de osteită din platoul tibial intern.

21.10.1938. Examenul radiologic arată o îmbunătăţire în aspectul leziunilor, clinic însă mică ameliorare.

La 1.11.1938. Greutatea 25.500 kgr.

20. B. A. 9 ani. Intră în Sanatoriu la 8 Aprilie 1937.

Tumoră albă a genunchiului stâng.

Starea generală bună. Greutatea 19 kgr.

Radiografia 15.4.1937. Genunchiul stâng: mărirea părţilor moi; decalcifiere mare, Flou articular.

Debut: In Aprilie 1936.

Starea locală: genunchiul stâng tumefiat, diferenţă de temperatură, dureros la presiune pe platoul tibial int. Ganglionii inghinali şi crurali măriţi, poate flecta genunchiul 80°. Circomferinţa genunchiului 27 cm., celălalt 25 cm. Membrul inferior stâng e mai lung cu 2 cm. ca cel drept.

Incepe tratamentul cu Rubrophen la 21.9.1937 (greutate 19.500 kgr.) cu injecţii alternând cu pastile (câte 2 pe zi) până la 7.10.1937 când ia câte 2 pastile până la 24.10.1937. Pauză până la 8.11.1937. Reîncepe cu 2 pastile până la 24.1.1938. Peste o lună se măreşte la 3 pastile, până la 15.6.1938. Pauză 15 zile. La 26.6.1938 reîncepe cu 6 pastile până la 20.10.1938.

La 16.10.1938 în foaie găsim: genunchiul stâng rece, nedureros, aproape uscat, circomferinţa 26 cm. dr. stângul 26,5 cm, Flexiunea aproape complectă. Diferenţa de lungime 2.5 cm.

Se pune la mers (16.10.1938).

Radiografia 21.10.1938. Dispariţia tumefacţiei părţilor moi. Recalcifiere intensă

Greutatea la 1.11.1938 25 kgr.

Ameliorare netă.

21. M. D. 10 ani. Intră în Sanatoriu la 16.6.1937.

Tumoră albă a genunchiului stâng.

Starea generală mediocră. Greutatea 22 kgr.

Debutul: toamna 1936.

Starea locală: genunchiul stâng tumefiat, plin cu fongozităţi, cu diferenţă de temperatură, puţine dureri la presiune; circ. stg. 31 cm. dr. 26,5 cm.

Incepe să ia Rubrophen la 20.9.1937 (greut. 21.200 kgr.) injecţii alternând cu pastile 2 pe zi, până la 4.10.1937. Deoarece are fenomene apendiculare, pentru care e operat, face pauză până la 1.1.1938. Face anghină diferică. Pauză până la 25.2.1938, când reîncepe cu 3 pastile, până la 5.6, când ia câte 6 pastile până la 10.6.1938. După pauză continuă dela 26.6.1938 până la 7.7.1938 cu câte 6 pastile pe zi. Dela 7.7.1938 până la 20.10.1938 ia câte 8 pastile pe zi. Dela 7.7.1938 până la 20.10.1938 ia câte 8 pastile pe zi.

La 16.10.1938. Aproape nici o diferenţă în aspectul clinic. Scurtarea 1½ cm. Flexiunea gambei până până la 90°.

La 1.11.1938. Greutatea 24.500 kgr.

Nici clinic, nici radiologic nu se observă nici o ameliorare.

22. P. V. 21 ani. Intră în sanatoriu la 20.7.1937.

Tuberculoză sternală şi costală fistulizată.

Starea generală foarte bună. Greutate 47.700 kgr.

Starea locală: Prezintă o cicatrice lungă de 5 cm. sub mamela dreaptă, un abces sub falsele coaste drepte, care a fost puncţionat şi o fistulă la nivelul apendicelui xifoid, prin care nu se drena toată punga abcesului şi deaceia era nevoie de puncţie. La nivelul capătului intern al coastei IV-a drepte, prezintă un abces care se întinde şi sub mamela şi care a fost puncţionat mai de multe ori.

Fistulează în mijlocul lunei August. Incepe să ia Rubrophen la 19 August 1937, injecţii, alternând cu pastile câte 4 pe zi, până la 19.12.1937. Pauză la 20.1.1938, când reîncepe.

20.3.1938. Fistulele dela nivelul apend. xifoid rămase de pe urma unei puncţii, tot mai dau o picătură de puroi. Cea dela inserţia cap. celei a IV-a coaste din sternul, zămueşte un lichid sirupos în cantitate mai mică. Ia Rubrophen până la plecare 15.8.1938.

Starea la plecare: Fistulile cicatrizate, regiunea nedureroasă. Abcesul ce-l avea la nivelul celei a IV-a coaste cu sternul s'a absorbit.

Pleacă vindecată.

Greutatea urcă vertical până în luna Ian. 1938, ajungând 54 kgr., când fiind pusă la regim din cauza fenomenelor de apendicită cronică — începe să scadă, să ajungă la 50.800 kgr.

Rezultatul bun.

Concluziile în urma experimentării Rubrophen-ului în sanatoriul C. T. C. timp de un an de zile, sunt următoarele:

1) In dozele terapeutice pe cari le-am administrat, Rubrophen-ul nu prezintă nici o toxicitate.

2) Subscriu la aserţiunile celorlalţi autori, cari au experimentat produsul: măreşte pofta de mâncare, bolnavii cresc în greutate, formula sanguină se modifică favorabil.

3) Durerile diminuă mult.

4) Scurtează timpul evoluţiei.

Lipsa de rezultate pe care am avut-o uneori, este poate datorită cazurilor prea grave; sau unei supradozări a medicamentului şi menţinerei deci prea multă vreme a congestiei focale, sau că doza activă nu a fost atinsă.

5) In cazurile de lupus, mai ales la faţă, unde distrugerile duc la mutilări trebuie asociat Rubrophenului şi Finsenterapia, electrocoagularea.

Pe lângă tratamentul ortopedo-chirurgical, regim reconstituant, şedere într'un mediu maritim, Rubrophen-ul dă rezultate bune în tratamentul tuberculozelor chirurgicale.

Desigur că noui experimentări vor aduce contribuţii folositoare la aplicarea acestui tratament.

LUPTĂ SAU ARMONIZARE INTRE GENERAŢII

Un punct de vedere american asemănător operei întreprinsă de M. S. Regele

de Dr. I. PAVEL
Conferenţiar Universitar

Willam Mayo, seniorul dintre fraţii Mayo, chirurgi savanţi dela Rochester în Statele-Unite, şi creator al Fundaţiei Mayo, al cărei scop se va vedea mai jos, mi-a făcut onoarea să-mi trimeată memoriul care cuprinde directivele ce ar vrea să prezideze la opera acestei Fundaţii.

Această directivă, venită la sfârşitul unei cariere glorioase şi care poate fi surprinzătoare pentru ideile comune, până mai eri, arată însă, odată mai mult, înţelepciunea marelui nostru conducător M. S. Carol II. Ea demonstră că o identitate spirituală poate exista în minţile luminate oricât de departe s'ar găsi ele.

Două principii scumpe Regelui Nostru: promovarea tineretului la conducere şi punctul de vedere social în educaţie, sunt principalele probleme cari au reţinut interesul acestui mare savant la sfârşitul unei vieţi plină de realizări.

In afară de aceste două mari chestiuni, vom remarca în puţinele fraze, cari servesc de introducere la crearea Fundaţiei Mayo, opiniuni interesante şi foarte actuale în problemele de educaţie, de selecţionare, de creaţiune. Rolul frenator — Mayo zece conservator — pentru progres, al unei prea mari experienţe, deşi cunoscut, capătă o deosebită semnificaţie când este spus de un cercetător care a contribuit atât de mult la progresul medicinei şi a trecut examenul celor două vârste. Deasemenea rolul memoriei cu «text al capacităţei mintale», chestiune aşa de desbătută în ultima vreme la noi, are o scurtă apreciere asupra căreia vor trebui să reflecteze conducătorii şi conduşii.

Iată mai jos memoriul de care e vorba şi care este publicat în Proceedings of the Staff meetings of the Mayo Clinic. vol. 13 no. 35.1938 p. 553.

Fundaţia Mayo şi scopurile sale

Când oamenii ajung la vârsta de 70 de ani devin conservatori. Pe măsură ce anii trec, experienţele acumulate, unele din ele nenorocite, lasă urme asupra inteligenţei şi sufletul şi o pierdere de avânt (resiliency) pe când cei tineri sunt plini de curaj şi entuziasm prin succesele lor.

Când am avut 65 de ani m'am retras din sala de operaţie şi am luat o poziţie de consultant. Aşa a făcut şi fratele meu *Charles H. Mayo* la rândul său. N'am renunţat la chirurgie fiindcă am vrut să renunţăm, ci pentrucă doream să întrerupem într'un moment când mai puteam fi capabili să sfătuim şi să ajutăm pe cei care trebuia să ne urmeze. Cu un an înainte de a mă retrage din rutina sălei de operaţie am găsit urmărindu-i de aproape şi observându-i cu atenţie, că cei tineri pot în adevăr să posede în entuziasmul tinereţei abilitatea de a cuceri şi a orienta noi cunoştinţe chiar dacă erau în conflict cu experienţele anterioare, — abilitate pe care eu nu o mai aveam într'un grad aşa de înnaintat. Aveam înţelepciunea practicei dar purtam şi greutatea responsabilităţilor trecute.

Pe acea vreme am sugerat ideia ca în organizaţia noastră la vârsta de 65 de ani membrii din consiliul de direcţie să fie eligibili pentru situaţia de «senior» astfel ca membrii tineri să găsească posibilitatea avansării. Membrii seniori deveneau astfel consultanţi generali, poziţie importantă în care putea să-şi continue lucrul atât timp cât mai erau capabili şi din care nu erau demişi la o dată definită. ca să nu se mai întrebe cum să-şi petreacă timpul ce-l mai aveau de trăit.

Fratele meu şi cu mine dela începutul practicei noastre medicale am crezut că trebuie să restituim orice sumă de prisos rezultată din munca noastră, lumei dela care ea venea, sub forma care i-ar fi mai utilă. Este o datorie omenească să te îngrijeşti în mod normal cu moderaţie de familia ta dar orice exces în această direcţie este în detrimentul descendenţilor tăi.

In Statele-Unite dragostea pentru ţară şi instituţiile sale, istoria care a creat naţiunea noastră, conducătorii principali care din generaţie în generaţie ne-au condus prin eforturi şi frământări, condiţiile materiale care au realizat o viaţă mai bună pentru noi, toate agită spiritul şi sufletul nostru. Că poporul a recunoscut acest fapt poate în mod inconştient, este adeverit de credinţa şi speranţa în viitor, simbolizată prin educaţie.

Costul educaţiei suportat de poporul american este mai mare decât orice altă cheltuială impusă de taxele publice şi această povară este purtată cu plăcere, cu credinţa că toţi cetăţeni vor fi mai în progres şi că forma democratică de guvernământ pentru care naţiunea şi-a oferit viaţa şi avutul în 4 mari războaie va fi sigură şi de sine stătătoare în anii care vor veni.

Când călătoreşti în Statele-Unite, vei găsi aproape în fiecare sat oricât de depărtat sau sărac ar fi, o administraţie, o şcoală publică care, este splendidă în comparaţie cu ceace o înconjoară. Şcoala este frumosul monument dorit de popor pentruca copii lor să primească o educaţie mai bună decât au primit ei înşuşi. Este o mărturie vizibilă a lealităţei lor faţă de ţara în care trăiesc şi ca o directivă hotărâtă pentru ca viitorul acestei ţări să fie asigurat nu cu eforturi de arme dar cu eforturi intelectuale.

Instrucţia dată de profesori şi cărţi învaţă pe om la ce să se gândească dar cea mai mare nevoie este aceia de a învăţa cum să gândeşti. Testul de memorie ca măsură a capacităţi mintale a omului a fost prea supraestimată, şi s'a dat prea puţină atenţie acelor metode de lucru care învaţă cum să uzezi de ceiace ştii. Suntem aşa de gata să gândim că cunoştinţa este sinonimul educaţiei. Cunoştinţele sunt statice. Ne-am gândit noi destul la înţelepciunea care dinamizând cunoştinţele le face utile? Ne gândim la adevăr ca la ceva invariabil dar dacă adăogăm un nou factor avem un nou adevăr. Adevărul se schimbă aşa cum se schimbă viaţa şi ceiace este adevărat pentru o generaţie poate să nu fie adevărat pentru cea următoare. Aceasta este adevărat şi pentru educaţie. Viitorul acestei ţări şi a fericirei aşa de căutate aci depinde de o educaţie continuă nu numai de fapte dar urmând reguli de sociologie.

Educaţia trebuie să se bazeze pe aspiraţiile şi nevoile unui om obişnuit. Formele educaţiei în aceste vremuri schimbătoare trebuie să se schimbe în scopul de a se acorda cu problemele care se ocupă cu fiinţele omeneşti şi legăturile lor sociale.

Că o mai bună înţelegere socială este pe cale de înfăptuire este evidenţiată de progresele crescânde în folosul întregei omeniri, în biblioteci, muzee, drumuri bune, lacuri, parcuri, câmpuri de sport. Desvoltându-ne şi progresând ştiinţific, cultural şi social trebuie să fim atenţi ca aceste schimbări să nu fie controlate de conservatismul oamenilor bătrâni, deşi până la un punct ei le-ar putea călăuzi.

Pentru că pe *Mrs. Mayo* şi eu şi familiile noastre ne interesează o... educaţie continuă în acest sens larg, ne oferim casa şi grădinile noastre, cu tot venitul necesar pentru întreţinerea lor pentru crearea Fundaţiei Mayo pentru Educaţia Medicală şi Cercetări de la Universitatea din Minnesota. Nu dorim în nici un fel să discutăm sau să controlăm felul în care procedeul de educaţie va fi împlinit. Celor tineri le revine datoria de a stabili condiţiile cele mai bune şi înţelepte pentru generaţiile lor. Donatorii speră ca Fundaţia Mayo să fie un loc de întâlnire unde oamenii din lumea medicală vor putea face schimb de idei pentru binele omenirei.

AUXO-BENZOTERAPIA PULMONARĂ

Benzocalcium

INDICAŢIUNI:

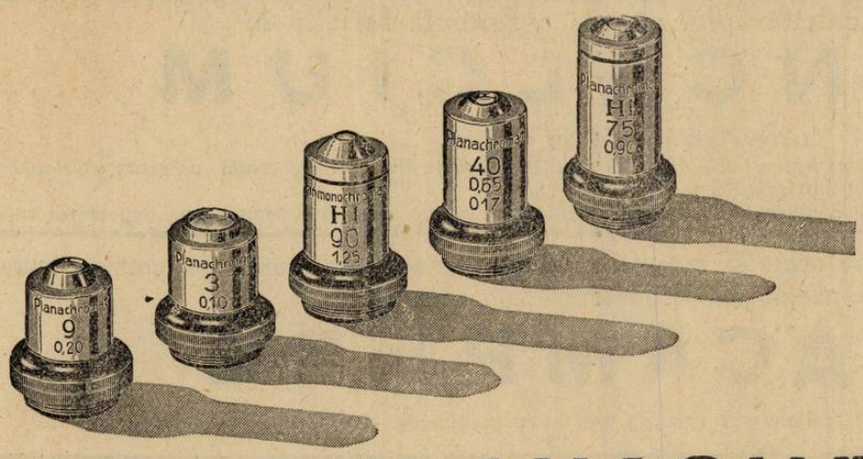
Tuberculozele pulmonare cronice

Infecţiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE, 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.

Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

„FARMAOLT" S. A. — BUCUREŞTI, B-dul BRĂTIANU 24, Tel. 4.98.08.



PLANACHROMATE

ZEISS

Un progres considerabil în domeniul microscopiei şi microfotografiei

Ele înlătură bombarea câmpului vizual, care se iveşte în special la ocularele slabe şi mijlocii. Câmpul rămâne net până la margine. Livrabile ca obiective cu şi fără imersiune.

Cereţi imprimate Miplan dela

CARL ZEISS, JENA, sau

Reprezentanţa generală pentru România:

Societatea Anonimă de Agentură-Comision Import, fost Otto & Alfred Herzog

Bucureşti I, Bd. Carol I, 48.

CARL ZEISS
JENA

Reumatismul formează azi o **problemă socială**

Terapeutica trebue adaptată progresului.

Domnii medici satisfac bolnavii şi se menţin în ritm cu vremurile prescriind medicamente de eficacitate **sigură, rapidă şi durabilă**

Acest principiu recomandă în tratamentul tuturor formelor de **reumatism** (toate algiile articulare, muschiulare, nevritice).

Ampoules REIPAR

Cutii a **10 fiole** de 2 cmc. de acid salicilic vegetal în soluţie izotonică de **betula lenta**; netoxic, nedureros, calmant.
Se injectează zilnic la nivelul încheeturilor bolnave 2—4 cmc. subcutanat.

Administrare nedureroasă, difuziune şi absorbţie rapidă cu efect analgetic durabil loco dolenti.

Reumatism poliarticular acut: injecţia locală declanşează reacţii de vindecare cu repercusiuni asupra întregului sistem articular.
Se administrează paralel salicilat **Vansol** per os; fricţiuni cu *Hormosan extern*.

Reumatism subacut şi cronic injecţii locale cu recuperarea rapidă a funcţiunilor articulare. Tratament economic prin **eficacitate**, prin rapiditatea vindecărei şi recuperărei activităţei funcţionale.

observaţii, eşantioane la cerere.

VANSOL

Acid acetylsalicilic, acid fenylcichonic, acid colchic.
în cachete numai pentru adulţi, după mese 2—4 pe zi.
Formulă fericită pentru tratamentul formelor de reumatism subacut şi cronic; eficace în formele gutoase.
Singur sau asociat cu **Reipar**
Cutii a 20 cachete.

Pentru aplicaţii locale o prescripţie cu bază de **histamină**

HORMOSAN EXTERN

(mecanism de acţiune: vaso-dilataţie locală cu rezorbţie simultană a metoxymethylsalicilatului).

Un preparat de aur netoxic, nedureros, indicat în tratamentul tuberculozei şi a reumatismului cronic:

MYORAL

(Aurothioglicolat de calciu cu 64,25% aur)

Se administrează intramuscular la interval de 4—8 zile; fiole de ½, 1, 2, 3 c.c.

Indicaţiile calciterapiei găsesc o formulă fericită în

FRANCALCIUM

(Acetylglycocolat de calciu)

Fiole *de 5 cmc. injectabile intramuscular absolut nedureroase.* **Soluţie** *plăcută la gust: 100 picături conţin un gram substanţă activă*
Comprimate *3 ori câte 2 pe zi.*
Indicat în tuberculoză, rachitism, fracturi, carii dentare, convalescenţă, reumatism cronic, simdrome hemoragice hypopepsii cu diaree.

Preventiv al complicaţiilor pulmonare acute şi cronice, **modificator** activ al bronşitelor cronice, curativ în broncho-pneumonii, în pusseurile bacilare acute.

GAIACAMPHRE

Soluţie apoasă nedureroasă în fiole a 2 ccm. de 0,20 camphosulphonat şi 0,10 glyceryl gaiacol.

La bronşitele cronice şi afecţiunile catarale ale căilor respiratorii

Pâte pectorale „MONT DORE"

Bomboane gumate plăcute la gust
preparate din apa minerală din Mont Dore

Providenţa astmaticilor:
Curative — Preventive

Tigaretele „MONDORASME"

a căror aspirare la începutul crizelor ajunge pentru a le diminua violenţa şi durata, uzajul zilnic le poate preveni.

In atonii intestinale.
In constipaţiile rebele, un medicament plăcut cu ingrediente organo-vegetale

HORMOLAX

LAXATIV, PURGATIV
1—2 seara la culcare
în formele rebele 4 pe zi.

Medicamentul-aliment plăcut de luat, fără a prezenta inconvenientele unturei de peşte, uşurând creşterea copiilor şi a celor slăbiţi, reconstituind sistemul nervos etc., este

„MALT-OLEOL"

(Extract de malţ, extract de untură de peşte şi glycerophosphaţi).

Cel mai puternic antiseptic intern şi extern:

„ANIODOL"

Prezentarea: soluţie internă şi externă, ovule, pudră, vaselină şi săpun.

Contra Artritismului, Gutei, Boalelor de stomac, etc., prafurile:

„LITHINÉS VICHY TILLAT"

sunt suverane.
1 pachet la 1 ltr. apă.

„NIFAR" S. A. R. BUCUREŞTI III, STR. MARIA ROSETI 47. TEL. 2.99.31

DESCHIDEREA SPITALULUI ELIAS

In ziua de 1 Martie 1939 s'a deschis Spitalul Fundaţiilor Elias, întemeiat şi organizat de Academia Română.

Cu acest prilej, D-l Prof. Dr. Danielopolu, a rostit următoarea cuvântcre, expunând principiile de bază ale organizărei unui spital modern.

Concepţiunea D-lui Profesor Danielopolu a fost experimentată cu succes în Clinica sa de la Spitalul Filantropia şi a fost integral realizată la Spitalul Elias.

Expunerea D-lui Profesor Dr. Danielopolu asupra: Principiilor de bază în organizarea spitalelor.

Domnule Preşedinte al Academiei
Domnilor Colegi,
Doamnelor, Domnilor

După expunerea aşa de interesantă şi de minuţioasă a d-lui Grigore Antipa din care s'a putut vedea ce frumoase realizări au fost obţinute până acum de către Fundaţia Elias, nu aşi avea de expus în cuvântarea mea, decât partea pur ştiinţifică a organizării Spitalului ce deschidem astăzi.

Să-mi fie totuşi permis să relevez câteva fapte din istoricul acestui aşezământ care, privite din punctul de vedere al marei probleme a asistenţei medicale şi sociale, fac admiraţia noastră a medicilor, reprezintă un progres necontestat în sănătatea publică şi merită să fie date ca exemplu tuturora în ţara noastră.

Medicii cari se luptă cu atâtea dificultăţi în îngrijirea bolnavilor lor, cu atâtea lipsuri ale instituţiunilor noastre de asistenţă, sunt cei cari preţuesc mai bine valoarea unei opere ca aceasta, cei dintâi recunoscători faţă de cei ce au realizat-o.

Am fost mult timp medicul lui Jacques Elias şi am avut ocaziunea să-mi dau seama de inteligenţa sa vie şi de dragostea lui pentru ţară. Când mai târziu i-am citit testamentul în care el prevedea construcţiunea unui spital cu un confort modern şi cu cele mai perfecţionate instalaţii pentru tratamentul boalelor, testament scris acum 25 de ani, într'un moment în care technica spitalicească era aşa de rudimentară, mi-am dat seama de admirabilul său simţ de prevedere, de încrederea ce el arăta progresului ştiinţelor medicale şi de larga concepţiune în organizarea unui spital a acestui om căruia îi lipseau orice cunoştinţe technice.

Un spital nou creat trebue să fie la curent cu toate metodele de diagnostic şi de tratament. Căci nu avem dreptul să refuzăm bolnavului, nici celui cu stare nici celui sărac, nimic din ceea-ce technica medicală ne pune la dispoziţie pentru îngrijirea boalelor şi prevenirea lor. Şi cred, că graţie sacrificiilor făcute de Fundaţie, putem considera acest Aşezământ ca unul din cele mai bine înzestrate şi organizate din Europa.

Increderea ce marele filantrop «Jacques Elias» a arătat Academiei Române şi speranţele nutrite dela început de această înaltă Instituţiune primind legatul, de a realiza dorinţele testatorului, se arată cred astăzi la terminarea spitalului pe deplin justificate.

Graţie muncii şi înţelepciunei eminenţilor conducători ai Fundaţiunii, şi în special a acelora cari au lucrat dela începuturile sale când s'au ivit atâtea dificultăţi, s'a ajuns astăzi să se realizeze cu prisosinţă frumoasele scopuri ale testamentului lui Elias.

Cunoscând sentimentele sale de înaltă umanitate, nu am fost cât de puţin surprins de acele admirabile cuvinte din testamentul său: «*In acest spital vor fi îngrijiţi bolnavi de orice credinţă*».

Nu am nevoe să arăt însemnătatea acestor cuvinte. Doresc numai ca amintirea lor să fie păstrată din generaţie în generaţie, să fie apreciată cum merită de toţi medicii, să servească de exemplu de iubire de ţară şi de patriotism şi să stârnească între diferitele neamuri ce locuesc în hotarele ţării noastre, sentimente de bunătate, de generozitate şi de înfrăţire.

Insufleţit de măreţia sentimentelor lui Elias, încurajat de marea încredere şi onoarea ce mi-a arătat Academia Română şi Fundaţiunea, însărcinându-mă cu organizarea programului şi conducerea spitalului, mi-am făcut o datorie din a studia îndelung şi în toate detaliile acest program şi de a-l elabora, atât în litera testamentului, cât şi în spiritul de a se putea crea un spital demn de Academia Română.

Nu voiu uita niciodată că cel care a îmbrăţişat dela început, cu toată căldura acest program nou de asistenţă spitalicească, este d. Grigore Antipa, care în opera medico-socială ce Fundaţiunea avea de îndeplinit, s'a arătat odată mai mult un eminent biologist, un bun cunoscător al problemelor sociale şi un neobosit muncitor în orice domeniu de organizare. Lupta continuă ce în mod natural trebuia să se dea, între necesităţile unui spital modern şi resursele Fundaţiunei, a adus graţie d-sale şi colaboratorilor săi, la un bun sfârşit.

Sunt recunoscător pentru munca ce a depus în organizarea acestui spital, d-lui Emanoil Pantazi. Cu drept cuvânt spunea d. Antipa, în frumoasa sa cuvântare rostită cu prilejul comemorării lui Jacques Elias, că generosul testator a ştiut să-şi aleagă nu numai Instituţiunea care putea duce la un bun sfârşit opera sa, dar şi executorul său testamentar, intimul său prieten şi sfetnic, d. Pantazi, care a continuat fără preget să fie paznicul ultimei sale voinţe.

Să-mi permită deasemenea d. prof. Simionescu, unul dintre cei din Comitet ce au stat mai mult în legătură cu organizarea spitalului, ca şi toţi membrii Consiliului, ce rând pe rând şi-au sacrificat timpul lor în administraţia Fundaţiunei, să le exprim sincera mea recunoştinţă pentru încrederea ce mi-au acordat.

Insist în special asupra modului în care s'a înţeles de Comitet să se aleagă personalul medical ajutător. Funcţionarea unei Instituţii de asistenţă care posedă o bază ştiinţifică, nu poate da bune rezultate decât prin colaborarea bine stabilită între oameni cari au crescut în aceiaşi şcoală, cari au aceleaşi vederi şi convingeri, şi pe tărâmul asistenţei şi pe cel al cercetărei. De aceea, sunt profund recunoscător Comitetului care, cu o concepţiune de adevăraţi oameni de ştiinţă, mi-au permis a-mi alege aproape întreg personalul dintre elevii mei, dintre cei ce mai întâi ca studenţi, apoi ca externi, interni şi asistenţi, fac parte din şcoala dela Filantropia.

Spitalul Elias se compune nu numai din serviciul de bolnavi internaţi, ca multe alte spitale, dar încă dintr'un Institutu de hidroterapie şi electroterapie şi dintr'un ambulatoriu desvoltat pentru consultaţiunile externe. Avem, aşa dar, trei mari servicii reunite în aceiaşi Instituţiune.

Serviciul de bolnavi internaţi care conţine astăzi 120 paturi, poate fi uşor organizat pentru 140, poate fi mult mărit cu fonduri nu prea mari. Şi chiar în situaţiunea de astăzi el poate adăposti în timp de campanie până la 400 de bolnavi.

Unul din principiile de organizare a Spitalului, este colaborarea strânsă între serviciul de bolnavi internaţi şi serviciul de consultaţiuni. Un bolnav care vine la consultaţiune, sau care intră în spital, nu este pierdut din vedere tot timpul cât el este bolnav; şi aceasta chiar în bolile cronice. Dar el nu este păstrat în serviciu, decât atât timp cât boala are nevoe de internare. Deaceea serviciul nostru, destinat bolnavilor internaţi, va permite ospitalizarea în cursul unui an a unui număr de cel puţin dublu de bolnavi, decât în celelalte spitale

în care nu există nici-o colaborare între serviciu şi ambulatoriu. Organizarea consultaţiunilor noastre, ce vom întinde încetul cu încetul la cât mai multe specialităţi, facuta astfel încât să putem urmări în mod periodic luni şi ani, după nevoe, bolnavii noştri şi să nu-i internăm decât atunci când este nevoe absolută şi numai pentru un timp limitat, — ne va permite să fim utili unui număr mult mai mare de bolnavi decât serviciile neprevăzute de această organizare.

Dacă facem o ancheta în serviciile spitaliceşti obişnuite, găsim că trei sferturi din cei ce ocupă paturi ar putea fi îngrijiţi la consultaţii. De altă parte, odată eşiţi din spital, nimeni nu-i mai urmăreşte, boala se agravează şi clientela de spital creşte. Am organizat consultaţii la diferitele specialităţi astfel, încât observaţiunea medicală să fie ţinută la curent cu toate datele obţinute la fiecare vizită a bolnavului, şi să putem institui un tratament periodic aşa de necesar în afecţiunile cronice.

In această concepţiune de organizare, realizată în spitalul nostru, am putea spune că serviciul de bolnavi internaţi este o anexă a consultaţiilor, iar nu consultaţiunea o anexă a spitalului.

Intrevedem pentru viitor şi crearea unui centru de sănătate. S'a spus, cu drept cuvânt, că în organizarea sanitară nu facem decât să îngrijim boala, dar nu s'o prevenim; că noi medicii cultivăm boala, dar nu cultivăm sănătatea. Trebue ca prin toate metodele de care dispunem, să depistăm primele semne de boală. Trebue ca prin examene periodice făcute omului sănătos şi prin sfaturi de igienă, să prevenim boala. Fără o astfel de organizare, ce nu poate fi realizată decât într'un ambulatoriu bine desvoltat, bolnavii ne vin prea târziu, într'un moment în care nu mai este nimic de făcut.

In momentul de faţă, funcţionează la ambulatoriu nostru consultaţiunile de medicină internă, de chirurgie, de boalele aparatului circulator, de reumatisme şi de gastro-enterologie. Vom desvolta rând pe rând şi alte specialităţi: consultaţiuni neurologice, de oftalmologie, oto-rino-laringologie şi stomatologie.

Vreau să insist în câteva cuvinte asupra importanţei luptei ce trebue să desfăşurăm în ţara noastră contra reumatismelor şi bolilor de inimă.

Numărul bolnavilor atinşi de aceste afecţiuni este enorm şi tratamentul lor cu totul rudimentar. Este sufifient să spun că în unele ţări străine, unde problema a fost mai bine studiată, fondul Caselor de asigurare pentru invaliditatea datorită reumatismelor este mai mare decât cel ce se cheltueşte pentru invaliditatea provocată de tuberculoză, — pentru a ne putea da socoteala de importanţa acestei probleme medico-sociale. Tratamentul balnear obişnuit de trei săptămâni pe an al reumatismelor, este cu totul insuficient. Reumatismele au nevoe de un tratament periodic de luni şi ani. Rezultatele ce am obţinut până acum la consultaţiunile de cardio-reumatologie din spitalul Filantropia şi în institutul din staţiunea Eforia Techir-Ghiol, m'au încurajat să propun Fundaţiunei înfiinţarea unor astfel de consultaţiuni şi în Spitalul Elias, care are şi avantaje de a fi cu metodele fizioterapice cele mai moderne pentru tratarea acestor boale.

Organizarea acestui spital prevede o colaborare strânsă între diferitele specialităţi. Progresul uimitor de rapid al ştiinţelor medicale, care ne obligă să ne specializăm din ce în ce mai mult, crează între specialişti bariere artificiale şi împiedică colaborarea între ei. Desvoltarea înăuntrul aceluiaş aşezământ de servicii cu specialităţile cele mai importante, asigură această colaborare care lipseşte aproape în toate spitalele.

Insist în special asupra colaborărei între medicină şi chirurgie. In boalele viscerale şi în boalele nervoase, care necesită la un moment dat o intervenţie chirurgicală, aşa dar în care chirurgia este cea mai dificilă, diagnosticul trebue pus de medic, cu metodele clinice şi de laborator, indicaţiunea operatorie de medic şi chirurg, operaţiunea însăşi poate necesita asistenţa medicului internist, iar tratamentul post-operator trebue făcut prin colaborarea medicului internist cu chirurgul şi cu specialistul în fizio-terapie.

Câte consecinţe grave a unei indicaţiuni operatorii puse numai de medic sau numai de chirurg, câte accidente de anestezie ce puteau fi evitate prin intervenţiunea imediată a medicului internist, şi cât de incomplect este tratamentul post-operator, făcut într'un serviciu de chirurgie, fără colaborarea medicului internist şi fără ajutorul metodelor de fizio-terapie.

Inainte de războiu, o clinică de medicină internă din Argentina a creat în serviciul său de boale interne o sală de operaţie. In spitalul Filantropia, am făcut această organizare acum 13 ani. Am găsit-o în urmă în mai multe centre importante din străinătate. Serviciul Prof. Sergent de boale de plămâni, are o secţiune de chirurgie pentru intervenţiunile asupra aparatului respirator.

Această colaborare medico-chirurgicală a fost realizată foarte larg în spitalul Elias, creind o sală de operaţiune pentru intervenţiunile chirurgicale ce pot fi necesare boalelor interne, adică pentru chirurgia viscerală, şi o sală de operaţiune pentru chirurgia nervoasă. Insist foarte mult asupra rezultatelor frumoase ce a dat chirurgia cerebrală, asupra necesităţii de a se desvolta această specialitate la noi.

O desvoltare destul de mare ce sperăm să continuăm, a fost dată laboratoarelor de anatomie patologică, chimie, bacteriologie, serologie şi hematologie. Ele vor servi în acelaş timp analizelor curente şi cercetărilor ştiinţifice în colaborare cu clinica.

Am desvoltat foarte mult laboratoarele de electro-cardiografie şi toate celelalte metode grafice, laboratoarele de radiologie, cronaxie, şi metabolism bazal. Sperăm că pe viitor, în locaţiul ce ne-a rămas liber, să putem desvolta şi mai mult laboratoarele de cercetări ştiinţifice, mai ales în domeniul electro-fiziologiei experimentale, care studiată alături de clinică, este menită să aducă mari progrese în studiul fenomenelor patologice.

Anexăm laboratoriului de hematologie un serviciu de transfuziune sanghină. Metodele technice actuale fac din transfuziunile sanghine o operaţiune foarte facilă, ce poate fi executată de orice practician. Pentru aceasta însă trebue să avem un post de transfuziune bine organizat, cu donneuri bine examinaţi şi chiar cu un depozit de sânge conservat, cu posibilitatea de a face un examen rapid al fiecărui caz în parte. In cazurile urgente, o întârziere de câteva momente poate fi fatală bolnavului care are nevoe de sânge, după cum şi o transfuziune fără un examen prealabi lal sângelui donneurul şi receptorul, poate da accidente mortale. Un astfel de serviciu nu există în ţara noastră. El va fi organizat şi desvoltat din ce în ce mai mult în spitalul nostru, atât pentru bolnavii din spital, cât şi pentru cei din oraş, pe baza unui regulament bine stabilit.

Unul din principiile importante ce stau la baza organizării acestui spital a fost adoptat încă de mult în ţara noastră din centrele unde s'a înţeles mai bine organizarea medicinei colective. S'a adus anume, principiul de asigurare a medicinei colective în aceiaşi Instituţie pentru bolnavii de toate catgoriile sociale.

D-l Grigore Antipa a arătat raţiunile de ordin financiar cari au condus Fundaţiunea de a crea paturi cu plată alături de paturi gratuite, veniturile obţinute acoperind în parte cheltuelile necesitate de asistenţa gratuită.

Voiu adăoga eu raţiunile technice pentru care o astfel de organizare nu poate da decât bune rezultate.

Orice spital modern trebue să fie la curent cu toate metodele de diagnostic şi tratament. Medicul nu poate dispune de aceste metode, nici la locuin-

CHLORO-CALCION

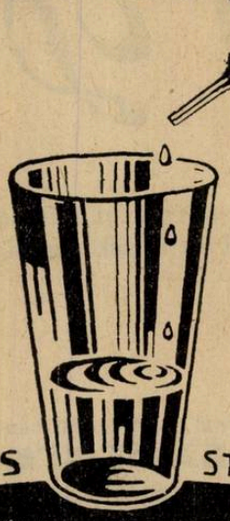
Laboratoire Michels — 4 bis, rue du Colonel Moll, Paris.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant

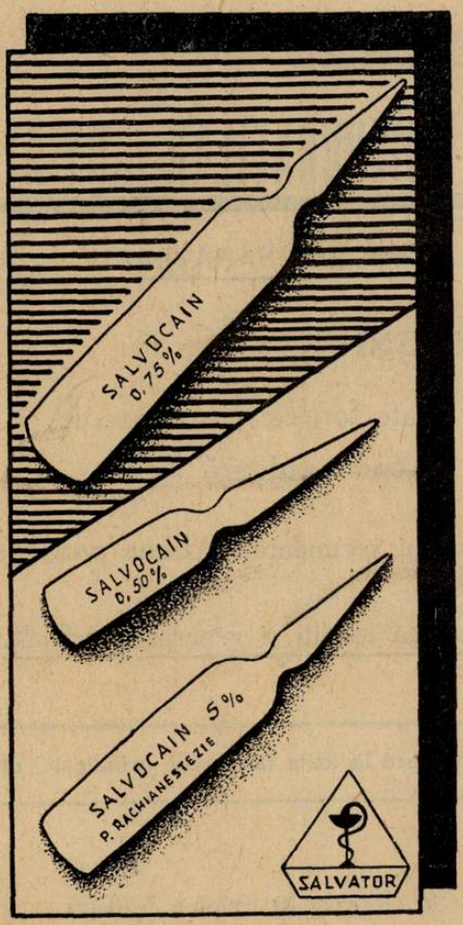


Dechlorurant

DIRECT

ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.



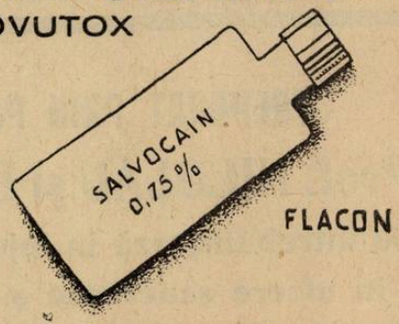
SALVOCAIN

CU ȘI FĂRĂ SUPRARENIN

STERILITATE INEPUIZABILĂ

DUPĂ PROCEDEUL NOVUTOX

1 NETOXIC
2 NEIRITANT
3 BACTERICID
4 HEMOSTATIC



FLACON

ANESTEZIC

LOCAL, REGIONAL ȘI LOMBAR

în toate ramurile chirurgiei.

INJECTABIL ȘI IN ȚESUTURI INFLAMATORII

CONCENTRAȚII:

0,50/0, 0,75/0, 1/0
ptr. rachianestezie sol. 5/0
în fiole dela 3—100 cmc.

LABORATORUL „SALVATOR" BRAȘOV

Mostre și literatură: M. TATARSKY, București I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

ţa bolnavului, nici în sanatoriile de tip comercial. Dacă am rezerva spitalul numai asistenţei gratuite, am privà oamenii cu stare de un bun tratament, sau mai sigur decât aceasta, am avea la fiecare moment în serviciul nostru oameni cari ar abuza de spital, cari pot să se îngrijească cu plată şi cari iau locul bolnavilor săraci. Este mult mai logic să imităm exemplele din ţările mai bine organizate, să întindem medicina colectivă la toate clasele sociale, veniturile de la bolnavii cu plată permiţându-ne să desvoltăm din ce în ce mai mult serviciile noastre şi să ne ţinem în curent în anii ce urmează cu toate progresele technicei medicale.

Vom ţine spitalul şi ambulatoriul nostru cu toate anexele lor şi la dispoziţiunea bolnavilor de care se ocupă importantele Instituţiuni sociale, Asigurările sau Casa Muncii, încercând prin convenţiuni speciale să stabilim o colaborare între aceste Instituţiuni şi spitalul nostru.

Din ce în ce mai mult se învedereză nevoia unei colaborări mai eficace între toate aşezămintele de asistenţă. Printr'o coordonare a activităţii diferitelor instituţiuni de Stat sau similare, prin convenţiuni ale acestora cu aşezămintele particulare, pot fi realizate economii importante şi un progres rapid al medicinei colective. Noi medicii am fost primii cari am cerut această coordonare.

Dar în aşezămintele particulare, nu trebue s'o facem decât în limitele permise de actele de fundaţiune.

Căci, în adevăr, dacă ne întoarcem la începuturile medicinei româneşti, dacă ne amintim că Instituţiunile particulare au fost acelea cari au permis chiar existenţa primelor noastre Facultăţi de medicină, că în ele am învăţat carte, că tot în ele şi acum instruim elevii noştri, prima noastră datorie — a medicilor — este de a păstra neştearsă amintirea marilor binefăcători ai asistenţei publice, a le ajuta opera, a le înfăptui dorinţele testamentare, a încurajà iniţiativa particulară.

Să fim mândri de sentimentele de generozitate, aşa de larg manifestate pe tărâmul asistenţei în ţara noastră, şi astăzi când inaugurăm un nou spital de iniţiativă particulară, să preaslăvim memoria lui Jacques Elias, care cu atâta largă inimă şi-a lăsat averea întreagă pentru sănătatea publică.

Domnule Preşedinte al Fundaţiunei,

Sunt foarte mişcat de frumoasele cuvinte ce mi-aţi adresat şi cari depăşesc cu mult meritele mele reale. Dacă se spune de obicei că arhitectul unui spital este chiar medicul său, aceasta înseamnă numai necesitatea adaptării unui program de organizare care să corespundă concepţiunei de activitate a acelui medic.

Trebue să se ştie însă că multe au fost izvoarele din ţară şi din străinătate din care am cules datele ce mi-au servit la realizarea programului. Meritul meu este numai acela de a nu fi avut încrederea definitivă în primul meu program, de a fi consultat pe toţi cei competenţi în organizare de spital, de a fi adaptat la principiile programului meu cele multe învăţate dela ei, şi de a nu fi stabilit programul definitiv decât după ce el a fost complectat cu toate informaţiunile culese din tot ce am vizitat şi la noi şi în ţările străine.

Am datoria de a aminti munca competentă a regretatului arhitect Popovici, care cu multă minuţiozitate a executat programul fixat de Fundaţie.

D-lui Marius Sturza, distinsul profesor balneolog dela Cluj, se datoreşte organizarae serviciului de hidro-electro-terapie. Sunt fericit să-i aduc aci mulţumirile mele pentru organizarea acestui serviciu. Mulţumesc deasemenea vechiului meu prieten, prof. Iacobovici, pentru sfaturile ce mi-a dat în organizarea secţiunei de chirurgie.

Dar desigur, cel mai mare merit revine Fundaţiunei. Căci cu greutăţile financiare de după războiu, cu dificultăţile ce aţi avut de întâmpinat şi în urmă, este mult mai uşor de a întocmi un program, de a cere ca el să fie realizat, decât de a lua răspunderea strângerii fondurilor şi investiţii rea strângerii fondurilor şi investiţii-

Sunt recunoscător şi Academiei Române şi Consiliului Fundaţiunei, nu numai de a fi adoptat acest program, dar şi de a fi înzestrat spitalul astfel încât el să poată servi, nu numai îngrijirei bolnavilor, dar şi progresului ştiinţelor medicale.

Orice spital, chiar nelegat oficial de învăţământ, este un focar de cultură. Orice observaţiune făcută la patul bolnavului şi orice constatare de laborator, este o cercetare ştiinţifică ce stimulează raţionamentul experimental. Dacă învăţământul medical nu poate fi făcut decât de oameni de ştiinţă, cercetarea ştiinţifică poate fi desvoltată şi în instituţiunile nelegate de învăţământ. Mai mult decât atât, învăţămintele ce tragem la fiecare moment din observavţiunile noastre, materialul ce putem culege din spitalele de orice categorie, perfecţionarea în aceste spitale a medicilor preparaţi de Facultăţile noastre, fac din spitalele neoficiale un auxiliar de mare însemnătate al învăţământului medical.

Desvoltarea raţionamentului ştiinţific al Corpului medical din orice Instituţiune spitalicească, depinde într'o largă măsură de mijloacele ce administraţia spitalului ne pune la dispoziţie, mijloace ce vă sunt recunoscător pentru ştiinţă de a fi desvoltat într'un mod aşa de fericit.

Intr'o ţară în care prima grijă a Suveranului său este de a desvolta cultura pe toate tărâmurile, într'o Instituţiune condusă de un Consiliu compus din oameni de ştiinţă şi aparţinând celei mai înalte Instituţiuni de cultură a ţării — Academia Română — datoria medicilor este nu numai să îngrijească bolnavii, dar şi să contribue la progresul ştiinţei.

Onorat de Academia Română şi de Fundaţiune de a fi fost însărcinat cu conducerea acestui spital, vă declar că împreună cu personalul meu medical, care va avea un mare rol de îndeplinit şi în care am toată încrederea, ne luăm întreaga răspundere. Vă asigurăm în acelaş timp că ne vom strădui a desvolta şi pe tărâmul medicinei colective şi pe acel al ştiinţelor biologice, o activitate demnă de încrederea ce ne-aţi arătat, de înalta concepţiune de organizare ştiinţifică ce aţi avut şi de frumoasele sentimente ale aceluia care şi-a lăsat întreaga avere pentru desvoltarea culturei şi pentru alinarea suferinţei.

BIBLIOGRAFIE

Recherches sur l'embryologie du système nerveux central, par André Barbé, Médecin de la Salpêtrière. *Masson & C-ie, éditeurs.* Uu volum de 340 pagimi şi 275 figuri 250 fr.

Această lucrare nu prezintă nici o compilaţiune nici un Tratat complect de embriologie a sistemului nervos central. Scopul său este să explice anumite capitole puţin cunoscute cari par demne de interes.

Autorul şi-a consacrat ani întregi acestui subiect, a lucrat asupra 52 nevraxuri de embrioni, a examinat, comparat, analizat. A rezultat de aci o lucrare de mare valoare, bogat ilustrată care aduce o contribuţiune puternic şi limpede studiului general al nevraxului în timpul vieţei intrauterine şi prin urmare, la desvoltarea sistemului nervos central al omului.

Lucrarea coprinde două părţi: In prima, autorul a studiat izolat sistemul nervos central a 44 embrioni şi foetuşi. Piesele se refereau la subiecţi de vârste diferite: cel mai tânăr avea 35 zile, cel mai mare de 252 zile. Intre aceste două limite se eşalonau celelalte piese. In aceste condiţiuni uşor, comparând figuri şi texte, de a urmări desvoltarea sistemului nervos central, atât în ansamblu cât şi detalii.

In a doua parte, diferitele regiuni ale sistemului nervos, au fost luate izolat, aşa ca autorul să le poată cu noaşte desvoltarea părţei care îl interesează mai de aproape. Prima parte deci este cronologică, a doua topografică.

Personalitatea Profesorului Gerota

Dispariția Profesorului Gerota, ne dă prilejul dureros să aruncăm o privire retrospectivă asupra prodigioasei sale activități și asupra puternicei sale personalități.

Chirurgia românească pe triplul plan al științei, al practicei și al învățământului, a avut în Profesorul Gerota un inovator ingenios și un realizator energic.

Anatomist pasionat, a dat în tinerețe, lucrări cari au rămas clasice în acest domeniu.

Chirurg de mare talent, a practicat această artă cu un devotament remarcabil, creînd în jurul persoanei sale un prestigiu deosebit.

Profesor admirabil, știa să animeze lecțiunile sale încât, Anatomia topografică, o știință arîdă în fond, devenea interesantă și accesibilă, tuturor auditorilor săi.

In ultimii 30 de ani, am avut ocaziunea să cunosc pe Profesorul Gerota, la început ca elev, mai târziu ca medic și în ultimii ani, în calitate de coleg la Facultatea din București.

Fără să fi avut norocul de a mă fi numărat printre prietenii săi, am avut totuși prilejul ca în cursul utimilor 30 de ani, să observ evoluția acestui om de mare energie, de voință fermă și de infinită bunătate. Ceia ce m'a impresionat întotdeauna la Profesorul Gerota, a fost personalitatea sa deosebită, în componența căreia intra atâtea însușiri sufletești alese.

Personalitatea integrală a unui om, nu se caracterizează numai prin rezultanta totalizărei aritmetice a înfăptuirilor lui.

Este cu siguranță, mult mai mult de cât atâta și mai presus de toate, este fondul de afectivitate pe care se desvoltă toate acțiunile omenești.

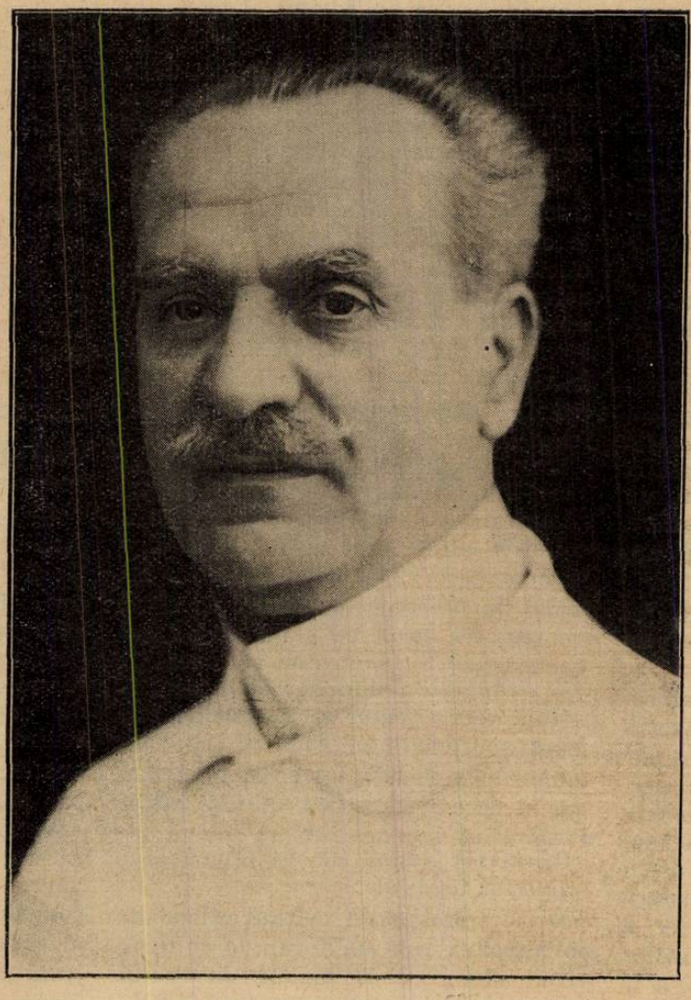
In aceste rânduri de omagiu postum, aș dori să scot în relief tocmai acest aspect al personalității Profesorului Gerota.

Ca student al Facultății din București, am prețuit, am stimat și am iubit pe profesorul învățat, sobru și sever, dar afectos față de elevii lui.

Mai ales în primii ani de studii, când detestabilul sistem al auto-didactismului integral, nu ne îndepărtase de la cursuri, profesorul Gerota a exercitat asupra noastră, o influență foarte însemnată. Simțeam că profesorul Gerota credea în misiunea sa, o îndeplinea cu pasiune, cu plăcere, cu dragoste, pentru specialitatea sa și pentru noi — elevii lui.

Lecțiunile sale ne interesau, personalitatea profesorului ne atrăgea, severitatea lui ne stimula.

Aceste prime și vechi impresii, leam verificat în cursul timpului, constatând că seriile de studenți cari s'au succedat, au păstrat aceeași amintire de respectuoasă simpatie pentru profesorul bun, drept și de o incontestabilă autoritate.



† Profesorul DIMITRIE GEROTA

Mai târziu, ca medic, am avut ocazia să cunosc nu numai desăvârșita sa artă chirurgicală, nu numai impecabila sa technică operatoare, nu numai înalta sa știință de mare clinician, dar și fondul de incomparabilă bunătate sufletească pe care se desvoltase toate aceste însușiri alese.

Mai ales pentru medici, Profesorul Gerota, a fost un mare binefăcător.

Astăzi, când el nu mai este, o putem spune în mod public, deoarece în timpul vieței lui, nu accepta nici un elogiu pentru fapte pe cari le socotea nu numai obișnuite, dar obligatorii.

Reputația chirurgicală a Profesorului Gerota, atrăgea la sanatoriul său foarte mulți medici. Acolo erau primiți cu atâta bunăvoință, erau tratați cu atâta simpatie, erau îngrijiți cu atâta atenție, încât plecând, păstrau în sufletele lor cea mai sinceră și mai profundă recunoștință. Aveau însă și un sentiment de jenă, deoarece Profesorul nu accepta nici un fel de exteriorizare concretă a acestor sentimente, cari nu se puteau manifesta decât prin câteva cuvinte și printr'o amintire puternică pe cari sute din colegii noștri o poartă în sufletele lor.

Profesorul Gerota, care prin însușirile lui excepționale ocupa unul din primele locuri în medicina românească, — se simțea solidar cu toți colegii săi și ținea să reverse asupra lor, — cu generozitate, ajutorul său științific, moral și material.

Incetul cu încetul, sistemul s'a extins asupra multor grupe de intelectuali, cari s'au bucurat de acieași largă ospitalitate a sanatoriului său și de aceiași incomparabilă îngrijire chirurgicală.

O altă caracteristică a profesorului Gerota a fost disciplina științifică pe care și-a impus'o întotdeauna ca un crez și un îndreptar de viață.

El ca mare chirurg, putea să considere că strălucita și glorioasa sa activitate operatorie de fiecare zi, este suficientă pentru a satisface orgoliul său personal și exigențele unei societăți care pretinde profesorului o activitate continuă în domeniul spiritual.

Disciplina severă în care a crescut și a evoluat până la înalta situație pe care a ocupat-o în ierarhia socială și în stima oamenilor, l'a determinat însă să continue fără întrerupere o remarcabilă activitate științifică, dându-ne acum câțiva ani, Studiul său despre Apendicită, lucrare de mari proporții și de o excepțională valoare științifică.

Revăzând acest frumos volum de peste 500 pagini cu 300 de planșe originale, desenate de Profesorul Gerota, cititorul încearcă un profund sentiment de admirație pentru această energie creatoare tot atât de viguroasă în domeniul științei ca și în acela al Chirurgiei practice.

Unul din elevii Profesorului Gerota, expune, în această revistă, viața și opera sa. Am ținut însă ca pe lângă elogiul ce se face omului de știință, să aducem, din partea «Românei Medicale» care s'a onorat avându-l printre colaboratorii săi, un omagiu de sinceră admirație Profesorului de înaltă valoare și medicului care a alinat atâtea suferințe și a răspândit în jurul lui atâtea binefaceri.

Profesor Dr. P. TOMESCU

„Farmako“

LABORATOR DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE.

Pulmonin
„Farmako“

Antiseptic pulmonar puternic în gripă, bronşită, pneumonii, bronchopneumonii

Adulţi: 1—2 fiole pe zi
Copii: 1/2—1 fiolă pe zi.

Asociaţie de chinină bazică şi camfor, dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole à 1,1 ccm. şi 2,2 ccm.

Creosocalcin
„Farmako“

Rezultate remarcabile în toate afecţiunile pulmonare: bronşite acute şi cronice, tbc. pulmon., gripă, tuse convulsivă; profilactic.

Plăcut la gust şi miros.

Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Sulfocreosotat de potasiu, fosfat de codeină, nitrat de aconit, lactofosfat de calciu.

Flacoane mari şi reduse.

Analgosan
„Farmako“

Analgetic de un efect puternic şi constant în cefalalgii, migrenă, lumbago, sciatică, nevralgii, dismenoree, dureri de dinţi.

1—4 tablete pe zi.

Dimetilaminoantip.
Acetamidofenetol.
Trimetilxantină.
Sare de Pelletier brom

Cutii cu 12 comprimate.

van NOOX **Amsterdam**

FĂINURI ALIMENTARE, DIETETICE ŞI DE REGIM

Fulgi de ovăz — **Haferflocken** pentru copii şi adulţi, anemici dispeptici, bolnavi de ficat, rinichi, inimă.

Cacao de ovăz — **Haferkakao** pentru combaterea catarurilor intestinale, diaree, constipaţiuni, exeme, mâncărimi. Se recomandă în toate cazurile nervoase.

Morgentau - gris de copii de cea mai pură calitate. Fin, curat, bogat în săruri nutritive. Pentru copii de toate vârstele.

Tapioca Exotică — Pură, granule mari, albe, frumoase, fără praf.

Făină de orez — Indispensabilă pentru alimentarea sugacilor. Previne şi vindecă diaree.

Bouillon gras — din extract de carne, indispensabil pentru debili şi anemici.

Pentru variaţie de regim alimentar recomandaţi şi prescrieţi următoarele produse:

Făină de banane Noox
Făină de castane Noox
Cacao cu Tapioca Noox

Dezinfectant puternic pt. D-nii Medici: CAREFORM-ORIGINAL

Exclusivitate pentru România; SYNTEX, S. A. R. Bd. Maria No. 30, Bucureşti III.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Plantelor 21

Un singur mijloc pentru combaterea gripei și a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

Profilaxia și tratamentul infecțiunilor căilor respiratorii la adulți și la copii cu

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

pentru injecțiuni intramusculare.

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicațiuni pulmonare postoperatorii, etc., etc. !!

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori mai activ, decât administrat pe cale bucală.

prescrieți deci:

Calcimusc

Soluție sterilă de gluconat de calciu, 10% pentru injecțiuni intramusculare și intravenoase.

Fiole de 5 și 10 cm^3

Viața și opera Profesorului Gerota

In după amiaza zilei de Vineri, 3 Martie 1939 s'a stins din viață, între bolnavii din sanatoriul său de chirurgie, acela care a fost profesorul *Dimitrie Gerota.*

Dotat cu o sănătate robustă până în ultima vreme, cu o putere de muncă și cu o voință supraomenească, a continuat să lucreze neîntrerupt, pentru binele semenilor săi, până la vârsta de aproape 72 de ani.

Cu puține zile înainte de a muri, putea fi văzut încă, muncind ore întregi la renovarea minunatului său muzeu de patologie externă, un adevărat Muzeu «Dupuytren» românesc, care a făcut senzația și admirația vizitatorilor expoziției din 1906 și care a rămas și astăzi o podoabă de energie, talent și pricepere.

Povara anilor nu-i micșorase cu nimic elanul tineresc. Era acelaș incorigibil entuziast, acelaș neobosit muncitor, acelaș echilibrat și profund gânditor, acelaș suflet blajin, totdeodată simplu și totuși foarte complex.

Profesorul Gerota era una dintre acele energii creatoare cari departe de a se epuiza cu vremea, a continuat să producă pe ogorul științei, la o vârstă la care de cele mai deseori cei mai activi aspiră la odihnă bine meritată: la vârsta de 63 ani dă la lumină lucrarea sa monumentală asupra Apendicitei, redactată în întregime într'un mod personal, după cazurile întâlnite în lunga sa practică; la 70 de ani continua să-și țină cu punctualitate cursurile sale de Anatomie topografică atât de apreciate de studenții în medicină; cu câteva zile înainte de a trece în lumea celor drepți, redactase o comunicare pentru Academia Română.

Cine l-ar fi văzut atunci, ar fi putut să creadă că moartea nu-l va atinge niciodată și că misterele longevității nu mai aveau pentru el nici un secret.

In realitate, cu un efort de voință pe care-l mărturisea adesea, nu dorea decât să-și satisfacă o ultimă dorință: aceea de a muri la lucru.

Această idee îl întreținea, îl dinamiza, îi dădea febrilitatea unui iluminat și liniștea unui înțelept.

S'ar fi simțit micșorat în ochii semenilor săi dacă soarta i-ar fi hărăzit o moarte mediocră, înceată și lungă... Cunoștea poate tragedia morței unui *Maisonneuve*, marele chirurg al secolului al XIX-lea, care după ce timp de peste 50 de ani umplu Parisul cu vâlva succeselor sale chirurgicale, părând că încarnează eterna tinerețe activă și fecundă, se stingea în cea mai mizerabilă decrepitudine și uitare, într'un sat îndepărtat din Bretania.

Pentru el, care a fost toată viața un luptător și un muncitor, nu putea să-și doreasca altă moarte decât așa cum a trăit: luptând sau muncind.

Dorința i-a fost împlinită.

A murit în modesta cameră pe care o ocupa în sanatoriu, unde făcuse ani dearândul de gardă, ca un vrednic și neobosit intern de spital.

A murit cu zâmbetul lui caracteristic pe buze, parcă mulțumit că a trecut deasupra celor lumești.

Cine l'a văzut astfel și cine l-a cunoscut în deaproape nu a putut să nu gândească despre el ceeace *Lejars* scrisese la moartea lui *Théophile Anger*, veneratul său fost maestru: «C'était un fort, ce vieillard au doux sourire; il avait eu la bravure du soldat, l'énergie du chirurgien, la patience du sage».

* * *

Profesorul Gerota a fost un anatomist cu renume mondial și un chirurg practician de mare clasă.

Preparația sa a fost lungă și laborioasă, meticulos și trudnic obținută prin concursuri și burse. Dar zorile unei cariere strălucite se anunțau din prima tinerețe:

Născut la 17 Iulie 1867 în Craiova, fiu al preotului Constantineanu Gerotă, urmează clasele primare și liceul în orașul natal. Inclinația sa către științele naturale se revelează de timpuriu: ziarul «România Liberă» din 29 Mai 1885, anunța că «tânărul D. Gerota, elev al liceului din Craiova, a fost recompensat de muzeul de botanică din București pentru ierbarul său de fanerogame».

După trecerea bacalaureatului în 1886, se înscrie la medicină. In 1887 este numit extern al spitalelor Eforiei. Intre anii 1888 și 1889 îl găsim rând pe rând: preparator al lucrărilor practice de anatomie descriptivă, primul post creiat la această Facultate, preparator al Muzeului de Anatomie și preparator al primei clinici chirurgicale dela Facultatea de Medicină din București.

In 1892 trece teza de doctorat în medicină cu subiectul: «Violetul de methyl ca agent terapeutic». In anul următor obține prin concurs, dela Ministerul Instrucțiunii Publice, bursa Simonide, pentru perfecționarea studiilor în Franța și Germania, timp de 4 ani.

Anul 1894 îl petrece la Paris în laboratoriile de anatomie ale lui Poirier și Farabeuf și în clinica urologică a lui *Guyon*. Intre anii 1895—1897 este elevul profesorilor de chirurgie von Bardeleben, von Bergman, König și Hahn din Berlin și lucrează ca asistent al primului Institut de Anatomie din Berlin, condus de marele Waldayer. In acelaș timp frecventează și face câteva lucrări importante de fiziologie în laboratoriile profesorilor Munck și Hertwig.

Intors în țară este numit profesor la catedra de anatomie dela Școala de Belle-Arte din București, funcțiune pe care o deține până în anul 1914.

O lună după întoarcerea sa în țară, primește propunerea, măgulitoare pentru un român, de a fi numit asistent al Facultății de Medicină din Iena, în Institutul profesorului *Fürbringer*, onoare pe care o declină.

In 1898 este numit asistent al Institutului de Ginecologie din București

In 1899, trece concursul de chirurg secundar al Spitalelor Eforiei și este clasificat primul. Funcționează în această calitate timp de 4 ani, în serviciul prof. *Severeanu.*

Descoperirea epocală a razelor X de către Röentgen era cu totul recentă. Spiritul cercetător și curiozitatea științifică face pe tânărul chirurg Gerota să se intereseze de această descoperire. In curând este singurul posesor al unui aparat de Röentgen din țară. Cu entuziamul și încrederea nemărginită pe care o avea în această descoperire, reușește să facă cunoscute proprietățile și întrebuințările acestor raze: în 1899 este angajat de Ministerul de Război pentru a preda cursul de radiografie și radioscopie la Institutul Medico-Militar din Capitală. Istoria radiologiei românești începe deci cu numele lui Gerota. Această îndeletnicire, pe care a exercitat-o într'o perioadă eroică în care nu se cunoșteau efectele nocive ale razelor, a plătit-o însă cu prețul unor radio-dermite rebele cari i-au chinuit mult zilele și l-au condus până la nevoia amputațiunei unui deget.

In 1899 este numit asistent al Institutului de Anatomie Topografică și Chirurgie Experimentală, condus de Toma Ionescu. In 1900 trece docența în această specialitate, pe care a ilustrat-o mai târziu ca agregat și apoi ca profesor titular. Tot în acest an este ales membru activ al Asociației Anatomiștilor Germani.

In 1904 este ales membru al Ateneului Român, iar în 1916 membru corespondent al Academiei Române. Intre anii 1907 — 1908 funcționează ca șef al consultațiunilor chirurgicale dela spitalul Brâncovenesc, funcțiune din care demisionează în curând pentru a-și clădi o clinică chirurgicală proprie, cunoscutul său sanatoriu din Bd. Ferdinand. Timp de 30 de ani neîntrerupt profesorul Gerota a desfășurat cea mai splendidă activitate chirurgicală și creștinească în acest sanatoriu, îngrijind și alinând durerile și mizeria celor puțin avuți, în mod cu totul gratuit, hrănind și îmbrăcând anual sute de copii sărmani

adunaţi din toate mahalalele mizere ale Capitalei.

Statistica operaţiunilor profesorului Gerota depăşeşte 14.000 cazuri. Se ştie că rezultatele sale terapeutice erau dintre cele mai bune, mortalitatea fiind redusă la minimum. Acest enorm material va trebui să fie cândva adunat, pentru ca să servească la documentarea tineretului chirurgical, alături de alte mari statistici deja publicate.

* * *

Ca om de ştiinţă, profesorul *Gerota* a fost un mare şi cunoscut anatomist, un mare chirurg, un model de profesor şi un adevărat maestru pentru elevii săi.

Publicaţiunile sale ştiinţifice i-au atras un renume mondial, iar publicaţiunile şi conferinţele de vulgarizare a ştiinţei i-au atras simpatia şi recunoştinţa marelui public.

Printre operele sale capitale, amintesc procedeul de injecţiune a vaselor limfatice, care a fost adoptat în mod unanim de toţi anatomiştii, studiile sale asupra limfaticelor vezicei urinare, ombilicului şi rectului, studiul său experimental asupra absorbţiunei vezicei sănătoase, un studiu asupra anatomiei şi fiziologiei vezicei publicat în Archiv für Anatomie und Physiologie; lucrarea sa monumentală asupra Apendicitelor, comunicările şi publicaţiunile asupra coborîrei precoce a bolnavilor din pat după operaţiune, metodă pe care o practica în mod curent încă de acum 30 de ani, etc. etc.

* * *

Profesorul Gerota a fost un părinte iubitor, un soţ model şi un bun Român. Spiritul său cald şi înţelegător se apleca să aline rănile sufleteşti cu aceeaşi nemărginită compasiune cu care mâinile sale roase de eczema razelor, pentru alţii binefăcătoare, ştia să vindece rănile trupului. Această sensibilitate trecea uneori dincolo de limitele comune, expunându-l la aceleaşi dezamăgiri, la care îl expusese altă dată încrederea nemărginită acordată descoperirei lui Röentgen..

Trecea însă surâzător peste aceste neajunsuri firesti. Era convins de adevărul vechiului dicton francez: «qu'un homme ne vaut ni par son avoir, ni par son savoir, mai par son caractère».

Caracter de bronz, a ştiut să se facă iubit, să se impună şi să se facă respectat totdeodată.

In ziua înmormântării o mare de lume: colegi, elevi, prieteni, foşti pacienţi şi lumea obidită pe care o ajutase, au ţinut să aducă ultimul lor salut acestei mari figuri a medicinei româneşti care dispare pentru totdeauna dintre noi.

Dr. I. FĂGĂRĂŞANU

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Concurs pentru un loc de şef de secţie la Laboratorul Aşezămintelor Brâncoveneşti

Se aduce la cunoştinţa generală că, pentru ocuparea unui loc de secţie pentru Laboratorul de Bacteriologie, Serologie, Parazitologie, Hematologie, domnii candidaţi sunt rugaţi a prezenta până la 15 Aprilie 1939, orele 10 a. m., memoriu de titluri şi lucrări la Epitropia Aşezămintelor Brâncoveneşti când în connformitate cu art. No. 462 din regulament, Epitropia le va lua în cercetare şi decide.

Cincantenarul Institutului Pasteur

In ziua de 15 Martie se va serba la Paris, cu fastul cuvenit, împlinirea a 50 ani dela înfiinţarea institutului Pasteur. Institutul Dr. Cantacuzino a trimis ca delegat pe d. prof. M. Ciucă, dela secţia de igienă a Societăţii Naţiunilor, iar Institutul de seruri şi vaccinuri Pasteur a însărcinat pe d. prof. Stamatin care se află la studii în Paris, să reprezinte această instituţie.

Cele două instituţii româneşti au redactat pe pergament o adresă omagială celebrului Institut, înfiinţat acum 50 de ani de marele binefăcător al omenirii, Pasteur.

Institutul italian pentru relaţiunile culturale cu străinătatea

Institutul naţional pentru relaţiunile culturale cu străinătatea a organizat Cursuri de cultură generală pentru medicii străini, doritori să se ţină la curent cu ultimele desvoltări ale ştiinţei m e d i c a l e italiene. Aceste cursuri vor avea loc în fiecare an cu un program diferit. In 1939, vor avea loc dela 5 la 22 Iunie. In timpul primelor două săptămâni, cursurile vor fi ţinute la Roma, apoi la Bologna, Pavia şi Milano.

Anul acesta, materiile de învăţământ vor fi alese printre acelea în cari ştiinţa medicală italiană s'a distins în mod deosebit şi a cucerit un loc de frunte, graţie ideilor unor savanţi sau prin realizările relative la aplicaţiunea practică a acestor idei.

Programul coprinde, prin urmare:

a) şease mici cursuri de 6—8 ore fiecare, de *chirurgie* (R. Paolucci, la Roma); de *hematologie* (Ferrata, la Pavia); de *ortopedie* (Dalla Vedova, la Roma şi Puttin la Bologna); de *phtisiologie* (E. Morelli, la Roma); de *medicină corporativă sau socială* (Petregnani, la Roma);

b) o serie de conferinţe asupra chestiunilor ştiinţifice ţinute de Raffaele Bastianelli, Castellani, Frugoni, Gemelli, Margaria, Pende, Preti, Rondoni, etc.;

c) câteva conferinţe asupra chestiunilor de organizare sanitară şi prevedere socială; asupra activităţei Operei Naţionale de Maternitate şi copilărie; asupra protecţiunei sanitare a tineretului italian; asupra bonificaţiei integrale, etc...

d) o serie de vizite la Institutele ştiinţifice şi la operile de medicină socială, cari ar fi greu de enumerat aci. Citâm numai excursiunile la «Agro Romano» şi la «Agro Pontino».

Cursurile vor fi ţinute în limba italiană, dar, la cererea partciipanţilor, un interpret va fi la dispoziţia lor pentru rezumarea lecţiunilor şi conferinţelor şi tipărirea acestora în limbi străine, cari le vor fi distribuite ulterior.

Taxa de înscriere este de 300 lire şi coprinde şi excursiunile menţionate mai sus. Membrii înscrişi vor avea drept la toate înlesnirile de cari beneficiază participanţii la Cursurile de limbă şi cultură pentru străini organizate de Institutul Naţional pentru relaţiunilor culturale cu străinătatea.

Pentru înscrieri (deschise până la 1 Mai 1938 şi pentru programe amănunţite, se va adresa la *I. R. C. E.* (Via Lazzaro Spallanzani, 1A-Roma).

Cursuri superioare de phtiziologie şi paludologie la Roma.

Reamintim că şi în anul acesta caşi în cei precedenţi vor avea loc la Roma Cursuri superioare de ftiziologie şi paludologie pentru medicii străini.

Cel de ftiziologie va avea loc la Institutul Forlanini, sub direcţiunea Prof. Morelli dela 15 Iulie până la 15 Octombrie. Cursul de paludologie va avea loc dela 24 Iulie până la 20 Septembrie la Institutul de Malariologie «Ettore Marchiafalva» sub direcţiunea Prof. G. Bastianelli.

Pentru înscrieri şi informaţiuni, doritorii se vor adresa la I. R. C. E. (Via Lazzaro Spallanzani 1A.Roma)

Congresul francez de Oftalmologie

Al 52-lea congres al societăţei franceze de Oftalmologie se va ţine la Paris, în zilele de 8, 9, 10 şi 11 Mai 1939.

Doctorul *Coutela*, va presenta un raport despre: «Ochiul şi boalele profesionale.

Orice informaţii se vor cere Secretarului general, d. dr. *Merigot* de *Treigny*, 1, square de Latour-Maubourg, Paris 7e.

OVOMALTINE

DR. WANDER

Aliment dietetic

După operaţiuni, regim în boli de stomac şi intestine, boli infecţioase acute şi cronice, (gripă, pneumonie tuberculoză). Cură de îngrăşare.

VALORI NUTRITIVE MARI IN VOLUM MIC

IN HIPERTONIE

ARTERIOSCLEROZA

ANGIOSPASME

HYPONITIN

DR. WANDER

DRAGEURI

Bromcalciumtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de sodiu
Chinină sulf.

Hipotensiv şi Calmant

Expectorantul cu efect sigur şi constant cu Radix Ipeca standardizat la 10% Emetină.

RADIPON DR. WANDER

TABLETE

RADIPON CUM CODEINO

TABLETE

Indicat în bronşite acute, gripă, pneumonie, bronchopneumonie.

MOSTRE ŞI LITERATURĂ TRIMITE LA CERERE:

DR. WANDER S. A.

Societate pe Acţiuni

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

NOTE TERAPEUTICE

Câteva comunicări făcute la cel de al II-lea Congres Ştiinţific Internaţional al problemei alimentare

Ţinut în Octombrie 1937 la Paris

Un mare număr de personalităţi din lumea ştiinţifică au luat parte la acest congres, discutând problema vitaminelor şi evidenţiînd din nou importanţa vitaminei B pentru sănătate.

Astfel Prof. *J. C. Drummond,* al Universităţii din Londra, a tratat despre importanţa vitaminei B în timpul sarcinei.

A administrat unui mare număr de şobolance un regim alimentar care conţinea în cantitate insuficientă complexul vitaminic B, în tocmai ca regmiul alimentar din clasele sărace ale Angliei, dovedind că lipsa atât a vitaminei B_1, cât şi a oricărui element din complexul B, este responsabilă de moartea atâtor noi născuţi. Motivul principal este lactaţia insuficientă.

După *Drummond,* acţiunea cea mai importantă a vitaminei B este stimularea lactaţie. El citează pe *Tarr* şi *Mac Neile,* care constată o mai bună lactaţie la mamele care au ţinut un regm ibogat în vitamină B, faţă de acele care s'au alimentat după regimul caracteristic claselor paupere.

El se referă deasemeni la *Theobald,* care atribue felurite simptome ale stării toxemice, legate de sarcină unei carenţe de vitamina B.

Deasemeni el arată importanţa vitaminei B pentru vitalitate.

Administrând un regim bogat în vitamină B_1 la 242 de animale noi născute a crescut 145, iar 60 au crescut mari, pe când cu un regim lipsit de această vitamină, dintre 207 pui noi născuţi , au crescut numai 19 iar la maturitate nu au ajuns decât 9,1.

Suzanne Dejust, Paris a arătat în acelaş congres, importanţa «factorului extrinsec al lui Castle» şi acţiunea favorabilă a drojdiei de bere pentru constituirea acestui factor. De asemeni relevă importanţa factorului intrinsec, care este constituit prin secreţia sucului gastric.

Sunt încă de multă vreme cunoscute efectele bune ale drojdiei de bere ca şi ale extractului de drojdie, care s'a administrat atât în anemie, cât şi în anemia pernicioasă, căci drojdia de bere are aceiaş importanţă pentru factorul extrinsec, cât şi pentru cel intrinsec.

Prof. *Georges Mouriquaud,* Lyon, arată importanţa vitaminei B pentru mamele care alăptează. El spune că copilul care suge la sânul mamii nu este atât de invulnerabil pe cât se crede în mod obişnuit, faţă de copilul hrănit artificial.

«La sugarul care este hrănit natural de o mamă care se alimentează cu o cantitate insuficientă de vitamină B, se pot întâlni simptome de beriberi, cu oedeme, turburări cardiace, etc. care pot duce la moarte».

După părerea sa, ar exista chiar o avitaminoză propriu zisă, care s'ar manifesta abia în timpul epidemiilor şi a boalelor infecţioase.

Se dovedeşte din nou importanţa mare a vitaminei B pentru mărirea puterii de rezistenţă şi apărare contra maladiilor infecţioase.

Profesor von Euler, Stockholm, a arătat importanţa vitaminei B şi a lactoflavinei pentru vedere. El aminteşte legătura dintre carenţa de vitamină B şi cataractă şi arată acţiunea favorabilă a vitaminei B_1 şi B_2 în vindecarea hemeralopiei.

Lucie Randoin, Paris, arată importanţa vitaminei B pentru metabolism, în special raportul de egalitate între hidraţii de carbon şi vitamina B. A făcut cercetări atât cu drojdie de bere cât şi cu extract de drojdie care au dovedit că la un regim alimentar fără hidrocarbonate este necesară o cantitate de vitamină B de 10 ori mai mică, ca la un regim alimentar care conţine 60% hidrocarbonate.

Combinarea vitaminelor cu sărurile minerale i se pare cea mai importantă problemă a alimentaţiei.

Max Lafon, Paris, subliniază importanţa acizilor aminaţi pentru organism. Toţi aceşti acizi aminaţi sunt conţinuţi în drojdia de bere. Lafon discută pe larg acţiunea triptofanului în anemie. Se pare că este vorba aci de factorul antianemic extrinsec, care în complexul vitaminic B_2 joacă un mare rol.

* * *

In Wiener Medizinische Wochenschrift, No. 46, 1937 pag. 1186, *R. Boller* din Clinica I medicală din Wiena, subliniază frecvenţa maladiilor de carenţă a vitaminei B în cercurile cele mai înalte din societate. El enumără un mare număr de maladii, ca turburările nervoase, diabet, mieloza funiculară, anemie şi altele, care pot fi ameliorate sau vindecate prin administrarea de drojdie de bere. El recomandă în maladiile de carenţă produsele naturale de vitamină.

«In cazuri de avitaminoză sau hipovitaminoză se recomandă să se ia pe cât posibil alimente care conţin în cantităţi mari vitaminele respective, astfel: untura de peşte pentru vitaminele A şi D, drojdie de bere pentru avitaminozele şi zeamă de lămâe şi fructe pentru avitaminozele C.»

In lucrarea recentă a lui *Ruzika-Stepp,* «Ergebnisse der Vitamin und Hormonforschung, 1938» în legătură cu vitamina B se recomandă drojdie de bere, arătându-se şi rezultatele admirabile obţinute astfel.

Profesorul Glanzmann, Berna, scrie: «După cercetările mele personale, se pare că tocmai drojdia de bere, dată în doze suficient de mari, ca purtătoare în primul rând a complexului vitaminic B, se dovedeşte ca un eficace mijloc de apărare contra banalelor şi curentelor afecţiuni gripale ale căilor respiratorii superioare. Aceasta s'a putut vedea mai puţin la sugari, cât mai ales la copii mai mari, cari în timpul tratamentului cu drojdie de bere au arătat o mai mică frecvenţă a bolilor infecţioase, ca mai înainte».

In alt loc scrie din nou Prof. *Clanzmann:*

«Pentru administrarea vitaminei B, trebue în primul rând luată în consideraţie drojdia de bere, care conţine întregul complex de vitamină B, fie ca drojdie de bere proaspătă, levurinoza (în special la copii mai mari, cu linguriţa) fie ca drojdie sterilizată, cu gust plăcut, ca *Cenovis-vitamin Hefe,* Viredox, Marmite, etc.

Drojdia sterilizată este mai bine suportată şi mai bine folosită, deoarece nu mai fermentează (Schröder, Kinderärzt, Praxis 7, 1937, 106). In privinţa gustului, *Cenovis,* Marmite, etc. sunt cu totul asemănătoare cu extractul de carne Liebig, au în schimb faţă de aceasta avantâjul conţinutului bogat în complexul vitaminic B şi sunt de un real folos la copiii fără poftă de mâncare.

Guggisberg, în aceiaş ordine de idei, arată că organismul mamei, în timp ce asigură foetusului o cantitate suficientă de vitamină A şi D, face excepţie în ceeace priveşte vitamina B_1. Acumularea intrauterină de vitamină B este insuficientă. De aceea organismul noului născut nu are un depozit de vitamină B.

La întrebarea următoare (133): există un preparat standardizat de vitamină B ce se poate folosi per os? Profesorul *Stepp-München răspunde:* există un preparat excelent al fabricilor **Cenovis-München,** care conţine la 100 gr. drojdie de bere uscată 3775 unităţi internaţionale de vitamină B_1 şi 1950 U. I. a complexului vitaminei B_2, pe lângă ceilalţi componenţi ai complexului vitaminic B. Preparatul se mai găseşte încă într'o altă formă, conţinând şi un adaus de săruri de 2%.

(Din: Münchener Med. Wochenschrift, 1936, S. 1183).

OPOFERRINE

VITAMINATĂ

Fer și Manganez organic
Extracte hepatice și splenice.
VITAMINE A și C.

Regenerator complect al sângelui

GRANULAT
1 la 3 linguriţe pe zi

Laboratoires de l'OPOCALCIUM
A. RANSON, Docteur en Pharmacie
121, Avenue Gambetta. PARIS (XX-e)

LITERATURĂ ŞI EŞANTIOANE LA CERERE
Exclusivitatea generală
„Drogueria Standard" S. A. R.
STRADA SF. IONICĂ, 8 — BUCUREŞTI

Remineralizare

OPOCALCIUM

al D-rului Guersant

IRADIAT: cu Vitamină D. pură cristalizată, titrând 40 milioane unităţi internaţionale pe gram

SIMPLU: Caşete, comprimate, granule

Gaiacolat: Caşete

Arseniat: Caşete

LABORATOARELE
A. RANSON
DOCTOR IN FARMACIE
121, AV. GAMBETTA—PARIS (XX-e)

LITERATURĂ ŞI EŞANTIOANE LA CERERE
Exclusivitatea generală
DROGUERIA „STANDARD"
8, Str. Sft. IONICĂ 8. — BUCUREŞTI

AÉROPHAGYL

1 la 2 comprimate în timpul mesei, în ½ pahar cu apă

Specific al

AEROFAGIEI

în toate manifestările sale

Eructaţiuni, Flatulenţe Balonări, Aerocolie, Tachicardie, Palpitaţiuni Pseudo angor, Dispnee, Pseudo Astm. Insomnii de origine digestivă şi

GASTRITE NERVOASE

CARBONÉSIE

Cărbune activat — Cărbune animal — Cărbune vegetal — Magnezie — Peroxid de magneziu — Carbonat de calciu

Se iau după fiecare masă 1—2 caşete sau 1—3 linguriţe de granule (foarte plăcute la gust)

Enterite — Entero colite, Fermentaţiuni intestinale, Intoxicaţiuni, Diaree, Colibaciloze.

CUSCUTINE FOULON

TOATE CONSTIPAŢIILE

KAOLINASE SIMPLE

Pachete cu 10 gr. de KAOLIN pur spălat, cernut şi fin pulverizat

1 — 3 pachete pe zi în momentul crizelor dureroase

Hiperclorhydrii, Gastrite — Gastralgii, Ulcere stomacale şi Duodenale

---

KAOLINASE BELLADONÉE

Pachete cu 10 gr. de KAOLIN şi 10 picături tinctură de beladonă

1 — 3 pachete pe zi în momentul crizelor dureroase

Hiperclorhydrii grave, Ulcere rebele, Spasme digestive, Colite

---

Gută — Gravelă — Colică nefritică — Reumatismele cronice

LYSARTHROL

Diastazele ţesuturilor renale, Uroformina (Hexametilen tetramină pură), Benzoatul de litină

Posologia: Conţinutul capsulei-dop (sau una linguriţă de cafea) de 4 ori pe zi. Este preferabil a-l dilua într'o cantitate suficientă de apă, un sfert sau o jumătate de pahar, de fiecare dată.

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

Strada Toamnei No. 103, BUCUREŞTI III **Telefon 221/38.**

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2, BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 7 — 10 Lei Exemplarul — 1 Aprilie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Profesor Dr. N. HORTOLOMEI: *Tratamentul hormonal al hipertrofiei de prostată.* 93

Dr. I. OREVICIANU şi Dr. W. GRÜNBERG: *Un antipiretic nou în practica infantilă.* 97

Dr. B. REVESZ: *Sindromul lui Adie.* 96

Dr. GH. ST. CONSTANTINESCU, Int. N. IONESCU şi Int. M. VOICULESCU: *Un caz de intoxicaţie cu Dial. — Vindecare* 98

Dr. MATEI STOICESCU: *Stovarsolul sodic în terapia Paraliziei generale* 99

Pagina

NOTE PE MARGINEA CĂRŢILOR

Dr. Gh. Banu: L'Hygiene de la Race. Etude de Biologie héréditaire et de normalisation de la race, recenzat de Prof. Dr. P. Tomescu . 101

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noui dispoziţiuni asupra susţinerei tezei de doctorat la Facultatea de Medicină din Bucureşti; Al treilea Congres Naţional de Radiologie şi Electrologie Medicală; Reorganizarea şi noul comitet al «Societăţii medicale a spitalelor din Bucureşti»; Cum se va desfăşura noua campanie sanitară. 103

Concursuri de medici secundari; Concurs de internat pentru Spitalele Ministerului Sănătăţei . . . 105

Concurs de medici specialişti la Spitalele şi Dispensariile C. F. R. . . 106

Pagina

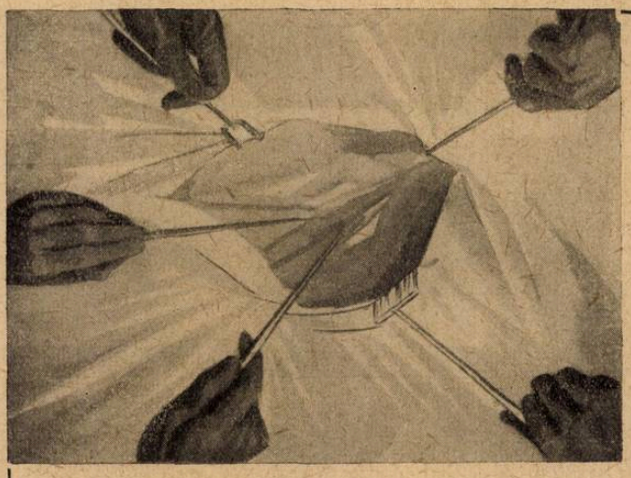
NECROLOG

† Generalul Dr. Alexandru Papiu. scris de Maior Dr. C-tin Manea . 107

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du ménisque intervertébral, (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux.* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Elemente de Anatomie clinică a sistemuiui nervos central, de Dr. *State Drăgănescu,* va apare în 5 fascicole, prima publicaţiune conţinând 24 pagini şi 13 planşe (fotografii şi scheme) Preţul primului fascicol 60 lei.



Pentru hemostază

Manetol

In hemoragii ale tractului gastro-intestinal, hemoptizii, hemoragii renale şi vezicale

Ca profilactic înainte de operaţiuni şi pentru prevenirea hemoragiilor post operatorii

Ambalaje originale: Cutii conţinând 5 fiole uscate de câte 10 unităţi biologice + 5 fiole de câte 2 cmc. apă distilată sterilizată.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86, Sucursala: »ROMIGEFA« S. A. R., Cluj, Calea Moţilor 18. Tel 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gèngou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină bruta
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR GONO- ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

INDICAŢIUNI: Blenoragii subacute şi cronice, anexite, epididimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panaraţii, flegmoane, furunculi, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.

Ambalaje: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

„LABORATORUL TION" DR. OERIU

Reprezentanţa A. GROZEA & Co. — Bucureşti — Str. Doamnei 21

Telefon 4.59.70 - 4.69.53

In tusea afecţiunilor, laringiene, pulmonare şi bronchice, dureri de deglutiţie din anghine acute, procese ulcerative ale faringelui şi laringelui, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii superioare

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Anestezină 0,03, Fenacetină 0,08, Thimol, menthol, ol. Eucalipt àà 0,015, sachar. alb ad 1 gr. —

Adulţi 6—8 pastile pe zi, copii mai puţin după vârstă. Pastila se suge **încet**, până la terminare. Tub orig. a 25 pastile

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, luminal sin, Na. benzoic, etc.

Adulţi: 3 — 4 linguri, copii 3—4 linguriţe pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofosfat de Ca. Extr. Kola, strichnin, vin malaga.

Adulţi 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăţi, etc.

NOU

CEREBROL-Medicis.

Calcium. Brom. Analgesină. Valeriană desodorată, luminal sodic.
1/2 gr. brom pe linguriţă.

Doza: 3 linguriţe pe zi sau după caz, în puţină apă sacharată.
gust agreabil.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg
Amine ale acidului izovalerianic.
De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.
Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

GUŞE şi BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.
Injecţiuni subcutane
rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.
Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.
1 Fiolă la 2—3 zile.

Laxativ şi Purgativ
— Substanţe pur vegetale —

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.
Nu produc obişnuinţă.
Doza laxativă: 1 pastilă seara.
Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.
Cutii orig. a 80 drageuri.

Repr. I. Zelţer — Bucureşti Str. Protetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele de En-gros de medicamente.

PROLUTON

Schering

Ambalaje noi
3 fiole de câte 2 mg.
3 fiole de câte 5 mg.
3 fiole de câte 10 mg.

Pentru tratamentul cauzal-hormonal al metropatiei hemoragice,

al avortului iminent şi mai ales al avortului repetat, al dismenoreei spastice şi al amenoreei (după tratamentul prealabil cu Progynon) se recomandă de către ginecologi de seamă Proluton preparatul hormonal de corp galben pur, introdus de noi în terapie.

Doza necesară depinde în mare parte de felul turburării şi variază deci dela 2x2 mg. pe săptămână (de ex. la avort repetat) până la 10 mg. pe zi (spre ex. la hemoragii grave). Indicaţiuni mai exacte de dozaj se găsesc în imprimatele noastre întocmite după vastele publicaţii clinice existente. Această experienţă clinică căştigată în ultimii ani ne-a determinat să facem ambalaje noui pentru Proluton. Concomitent s'au micşorat preţurile cu ca. o treime cu începere dela 22 Noembrie anul trecut.

Hormonoterapia cu Proluton era şi până acum într'atât de economică, încât graţie ei s'au putut evita prin relativ puţine injecţii, tratamente terapeutice costisitoare şi de lungă durată, mai ales la metroragii şi la dismenorei rebele. Prin ultima reducere de preţuri

devine şi mai economică terapia cu Proluton

SCHERING A. G., BERLIN

Biroul ştiinţific, Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

Prominal

Antiepilepticul cu efectele Luminal-ului fără simptomele deprimante.

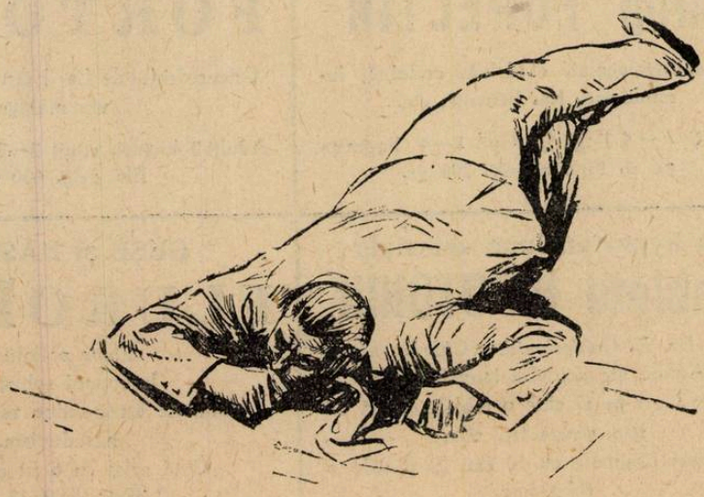
Ambalaje originale:
Tub cu 10 şi flacon cu 50 tablete de 0,2 g.

In hipertensiuni, nevroze vasculare Basedow, tuse convulsivă

Prominaletten

Efect spasmolitic tipic, fără cea mai mică influenţare a puterii de muncă şi a activitaţii intelectuale

Ambalaje originale: Flacon cu 30 buc. à 0,033 g.



»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

„ROMIGEFA" S. A. R. BUCUREŞTI I.
Str. Brezoianu No. 53. Tel.: 3.92.86
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor, 18

Dr. J. BINDER, BUCUREŞTI II
Str. Luigi Cazzavillan No. 34. Tel: 3.94.05

Anul XVII. No. 7 10 Lei Exemlparul 1 Aprilie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

TRATAMENTUL HORMONAL AL HIPERTROFIEI DE PROSTATA

de Profesor Dr. N. HORTOLOMEI

Patogenia adenomului de prostată nu este clarificată încă. Cercetările din ultimii câţiva ani par să dovedească origina lui hormonală, de la aceste constatări ajungându-se la endocrinoterapia hipertrofiei de prostată; o punere la punct obiectivă asupra indicaţiilor şi rezultatelor acestui tratament, este cred, necesară.

Pentru o mai bună înţelegere ţin să amintesc originea anatomică a adenomului în lumina noilor fapte.

Cercetările lui *Albarran*, ale lui *Motz* şi *Péréarnau* şi mai ales acele ale lui *Marquis* au arătat că adenomul de prostată se dezvoltă din glandele uretrale cervicale care se găsesc înlăuntrul sfincterului vezical, în submucoasă şi în porţiunea uretrei prostatice supramontanale. *Cunéo* în 1911, după studiile făcute, ajunge la aceiaşi concluzie, adenomul de prostată se formează din glandele submucoase uretrale juxta-cervicale. Singur *Chevassu* admite că s'ar putea dezvolta şi din glandele prostatice propriu zise. Pentru toţi aceşti autori, afară de *Cunéo* care a revenit în ultimul timp după cum vom vedea, glandele submucoase subcervicale şi periuretrale anexe porţiunei prostatice a uretrei au, din punct de vedere embriologic, aceiaş origină ca şi glandele din care se dezvoltă prostata. Dezvoltarea propriu zisă a acesteia s'ar face din glandele din sinusul urogenital, din cele mai posterioare şi mai de jos, iar o parte din glande — acele ce se găsesc în apropierea colului — glande paraprostatice — rămân în acest stadiu fără să aibă vre'o importanţă deosebită; totuşi la un moment dat, se poate dezvolta din ele, un adenom.

Moszkowicz, după multe cercetări, ajunge la concluzia că glandele uretrei posterioare au două origini: o parte din glande care se dezvoltă cranial sunt din aparatul lui *Müller*, iar o parte mai importantă posterioară, direct din sinusul urogenital; porţiunea aceasta caudală este pur masculină şi din ea se dezvoltă prostata. Glandele anterioare care se dezvoltă din sistemul müllerian au deci proprietăţi femenine. Şi cum în cazurile de hipertrofie de prostată, prostata propriu zisă este împinsă în jos şi la periferie de către adenom, şi cum acesta se dezvoltă din glandele care-şi au originea din sistemul müllerian — care se hipertrofiază şi formează tumora — el crede că afecţiunea este cauzată de o disarmonie funcţională hormonală sau chiar numai a uneia din funcţiuni. Pentru acest motiv, *Moszkowicz* propune termenul de prostatopatie în loc de acel de hipertrofie de prostată.

Pentru *Cunéo*, adenomul de prostată se dezvoltă pe glandele utriculei care sunt de origine embrionară femenină. Utriculul prostatic are în tot lungul lui numeroase glande care, ca structură, se aseamănă cu glandele prostatice şi sunt mai numeroase la fundul lui formând lobi în miniatură. Când utriculul este lung sau se alungeşte, el se ridică sub mucoasa uretrală, deasupra verului montanum şi glandele formează un grup la o distanţă variabilă deasupra verului. Când aceste glande se hipertrofiază, ele se dezvoltă înaintea şi în susul prostatei care este împinsă îndărăt şi nu se lasă disociată. Tot astfel şi canalele ejaculatoare vor fi împinse îndărăt şi în jos; aceste formaţiuni având o structură anatomică de o densitate mai mare, nu se vor lăsa infiltrate de adenom ci numai împinse astfel că el se va dezvolta numai în sus, îndărătul şi pe laturile uretrei. Cum sunt două canale ale lui *Müller*, vor fi şi două grupe glandulare şi deci vom putea găsi în unele cazuri de adenoame, doi lobi.

După cum vedem, *Cuneo*, trage de la aceste constatări concluzia că adenomul de prostată se dezvoltă din glande care au o origine embrionară femenină.

Originea anatomică astfel cum o descrie *Cuneo*, a fost combătută de mulţi cercetări şi printre ei de către *Marion* care, drept răspuns la comunicările făcute de *Cuneo* la Academia de Medicină din Paris, neagă afirmaţiile acestuia şi susţine — fapt dovedit — că adenomul de prostată se dezvoltă înlăuntrul sfincterului vezical deasupra verului montanum care rămâne în jos. Când se enucleză adenomul, canalele ejaculatoare rămân; de asemeni rămâne şi veru montanum şi atunci cum se explică faptul că adenomul, dacă ar avea originea în utriculă şi s'ar dezvolta între mucoasa uretrală şi sfincterul vezical, ar putea fi scos fără ca şi veru montanum să fie scos în acelaş timp? De asemeni, este greu de explicat cum s'ar dezvolta adenomele zise ale lobului median care se află situate pe buza colului? Pentru aceasta, ar trebui să se admită că glandele cervico-uretrale juxtasfincteriene ar avea origine müllerianâ ceiace nu s'a putut dovedi, ba din contră după cei mai mulţi, ele au aceiaşi origine ca şi glandele prostatice.

In faţa acestor argumente contrarii cum şi a faptului că localizarea începutului adenomului astfel cum crede *Cuneo*, nu ar fi în concordanţă cu constatările operatorii în ceiace priveşte topografia adenomului, l'au făcut pe acest autor să reia cercetările. El ajunge la concluzia că grupul de glande periuretrale descrise de către *Albarran*, aşezate în submucoasa uretrei, între mucoasă şi sfincterul vezical, nu este constant şi are o dezvoltare foarte variabilă. In schimb, a constatat la bărbaţi, în jurul vârstei de 50 ani, că se găsesc sub mucoasa uretrală, grupe de glande a căror conduct excretor se deschide în utricula prostatică. Faptul că sunt aşezate la distanţe variabile de col şi cum se găsesc numai la oamenii în etate, îl face să admită că din ele s'ar dezvolta adenomul prostatic. *Cunéo* având în vedere deschiderea lor în utriculă, susţine originea lor müllerianâ, femenină.

Moszkowicz mai emite o părere pe pe lângă aceia expusă mai sus şi anume, că glandele juxtacervicale ar fi de origine femenină sau bisexuale.

Cei mai mulţi însă, nu admit faptul că adenomul s'ar dezvolta pe resturile embrioane femenine şi că deşi la animale castrate, s'a obţinut o hipertrofie glandulară prin injecţiuni de folicilină, aceasta nu interesează decât muşchiul şi nu glandele propriu zise.

* * *

După ce am insistat în deajuns asupra originei anatomice a adenomului, pentru înţelegerea patogeniei, cred necesar încă, în câteva linii, să amintesc originea şi funcţiunea hormonilor care ne interesează în această problemă.

Mugurele genital primitiv este bisexual; din ţesutul lui medular se dezvoltă testiculul iar din acel cortical ovarul. Unul dintre ei va întrece pe celălalt în dezvoltarea sa şi va determina sexul. Rămân însă incluse în testicul un număr oarecare şi de celule glandulare de origine corticală adică ovariene, care au fost identificate de către *Steinach* şi au fost numite celule «F» sau «celule de pubertate femenină» fiindcă se aseamănă cu celulele de luteină la femeie; ele produc hormonul femenin. De asemeni, se găsesc la femeie, celule glandulare ple-

cate din medulară — lângă ovar, pe nerv —; ele se aseamănă cu celulele lui *Leydig* la om şi produc la femeie hormonul masculin, astfel că *Lower* admite că «hormonii masculin şi feminin există împreună la ambele sexe, dar ei sunt numai secretaţi în proporţie diferită».

Printre primii, *Aschner* şi *Grigoriu Cristea* au arătat existenţa unei substanţe oestrogene în extractele testiculare; apoi *de Jongh* şi *Laqueur* au arătat prezenţa hormonului femenin în urina bărbatului, iar în 1934 *Zondek* l-a găsit în mari cantităţi în urina armăsarului. El s'a găsit de asemeni în sânge şi în bilă, fapt demonstrat şi de către *Koch-Loewe*. *Laqueur* a găsit, se pare, cel dintâiu, existenţa hormonului masculin la femeie.

Dacă am insistat asupra existenţei de hormoni femenini la bărbat este pentru că — după cum vom vedea — după unii cercetători, ei sunt acei care în anumite condiţiuni, favorizează dezvoltarea adenomului de prostată.

In ceiace priveşte originea hormonilor testiculari şi influenţa lor asupra prostatei, *Niehans*, care a cercetat toate publicaţiile asupra secreţiilor testiculare, ajunge la următoarele concluziuni: în testicul, se găsesc patru feluri de celule.

Celulele seminale: ele au numai funcţiunea spermatogenetică. Până acum nu s'a putut constata că ele ar fi secretând vre'un hormon astfel că n'au nici o influenţă asupra glandelor sexuale secundare şi deci nici asupra prostatei.

Celulele lui *Sertoli* au o secreţie externă şi internă. Activitatea lor este excitată de către gonadostimulina A, secretată de celulele bazofile din lobul anterior al hipofizei. Secreţia externă a celulelor lui *Sertoli* influenţează dezvoltarea mai rapidă a celulelor seminale. Secreţia internă este un hormon care stimulează şi asupra factorului de reîntinerire a celulelor din organism. După *Mc. Cullagh*, hormonul secretat de celulele lui *Sertoli* ar înfrâna secreţia de gonadostimulină B din lobul anterior al hipofizei care excită secreţia celulelor lui *Leydig*. Celulele lui *Sertoli* sunt foarte active în timpul activităţei genitale, când secretă hormoni în cantitate mai mare: la o vrâstă mai înaintată, ele secretă mai puţin când şi formarea spermatozoizilor se încetineşte. S'a mai constatat că o secreţie mai abundentă a celulelor lui *Sertoli* opreşte desvoltarea prostatei iar încetarea activităţei lor permite din contra, dezvoltarea ei. In 1927, *Ancel* şi *Bouin*, cu doze mari de raze X, au putut distruge celulele seminale şi pe acele ale lui *Leydig*, iar celulele lui *Sertoli* au rămas intacte; drept consecinţă, a urmat o regresiune a glandelor sexuale secundare şi a prostatei, la animalele pe care s'a experimentat.

Hormonul secretat de celulele lui *Leydig*, influenţează desvoltarea glandelor sexuale şi a prostatei. Activitatea lor este excitată de gonadostimulina B hipofizară. Experienţe pe animale au dovedit această afirmaţiune căci dacă se face castraţia la animale, gonadostimulina B nu mai are nici o influenţă asupra glandelor sexuale anexe, ceiace dovedeşte că ea lucrează prin intermediul celulelor lui *Leydig (Moore-Smith)*. Alte experienţe făcute de *Lower* demonstrează rolul celulelor lui *Leydig;* el a iradiat cu doze mici de Roentgen şi radium testiculii la şobolani, cari după acest tratament au suferit o regresiune; pe secţiuni la microscop, s'a văzut celulele lui *Leydig* intacte. La şobolanii iradiaţi s'a observat o mărire a veziculelor seminale şi a prostatei de unde a tras concluzia că celulele lui *Leydig* ar favoriza hipertrofia prostatei. Experienţele acestea sunt însă în contradicţie cu acele citate mai sus ale lui *Ancel* şi *Bouin*.

Celulele «F» ale lui *Steinach*, secretă hormonul la bărbat, care are o influenţă asupra tuturor glandelor desvoltate din resturile embrionare femenine, în speţă glandele paraprostatice şi glandele utriculei. Ele îşi exercită influenţa mai intens atunci când se reduce sau încetează activitatea hormonului bărbătesc. *Lacassagne*, încă din anul 1933 (C. R. soc. biol.) a arătat că injecţiunile cu substanţe oestrogene la şoarece, provoacă o mărire numai a unui grup de glande prostatice (cele mai anterioare) şi drept urmare, o distensie a vezicei, cu retenţie şi hidronefroză; de aceia el emite părerea că aceste glande care reacţionează la foliculină, sunt glande mülleriene. *De Jongh* a constatat de asemeni, că la şoarecele bărbat supus la acelaş tratament, se provoacă vegetaţii patologice tipice cu proliferări epiteliale, cu o hiperplazie a ţesutului muscular şi conjonctiv având drept urmare, turburări urinare şi retenţie. Interesant este însă faptul remarcat tot de către de *Jongh*, că aceste metaplazii sunt împiedicate dacă se administrează în acelaş timp şi hormon masculin.

Existenţa însă a celulelor «F» ale lui *Steinach* este contestată de unii — puţini e drept — şi deci cu atât mai mult rolul lor. Pe de altă parte, rezultatele obţinute de *Lacassagne* şi de *Jongh*, după injecţiile cu foliculină, nu sunt totdeauna constante şi la toate animalele de experienţă; aceasta a fost arătată dealtfel şi de alţi cercetători, căci la animale din acelaş lot, la unele prostata nu suferă nici o modificare, iar la altele, chiar o atrofie, iar după *Zondek*, hormonul femenin care se găseşte la bărbat, ar fi datorit unui proces de descompunere a hormonului masculin aceşti doi hormoni fiind foarte apropiaţi din punct de vedere chimic.

Deci din deosebirea rezultatelor ob ţinute prin cercetările experimentale, nu s'a ajuns la constatări sigure şi concludente.

Totuşi din multiplele experienţe făcute, am expus pe acelea cari sunt mai demonstrative şi care au fost utilizate în scopul susţinerii teoriilor patogenice care urmează.

Cunéo susţine, bazat pe experienţele lui *Lacassagne, de Jongh*, etc., precum şi pe concepţiile lui *Moszkowicz*, că la o vârstă mai înaintată, hormonul masculin este secretat în cantităţi mai mici sau deloc, iar hormonul femenin care continuă să fie elaborat mai departe, nu mai este contrabalansat şi atunci el excită activitatea glandelor u triculei, care se înmulţesc şi produc adenomul. Ori am văzut atunci când am vorbit de originea anatomică, că adenomul nu-şi are punctul de plecare în glandele utriculei şi apoi ar mai trebui dovedit că în hipertrofia de prostată, avem o scădere a hormonului masculin cu o creştere a acelui femenin.

După *Zuckermann* (Les régulations hormonales. Journées médicales de Paris, 1937) «a spune că hipertrofia de prostată este provocată prin o stimulare oestrogenă, s'ar presupune că există o stare de ajustare defectuoasă a hormonilor în urma unei lipse de producere, la un om în vârstă, în cantitate suficientă, a hormonilor masculini susceptibili de a neutraliza stimularea substanţelor oestrogene care continuă de a fi elaborate. Este încă prea curând să ne putem pronunţa cu certitudine asupra experienţelor care duc la asemenea concepţie».

Champy crede că nu există un singur hormon masculin dar mai multe substanţe cu funcţiuni androgene şi că unele din ele cari au influenţă asupra prostatei — în timpul declinului senil al testicului, ar fi secretate în cantitate mai mare sau nu ar fi contrabalansate în efectul lor şi astfel ar provoca multiplicări celulare cari duc la adenom. El nu admite nici un fel de rol foliculinei. Nici aceste păreri însă, nu au fost verificate.

Lower, Engel, Mc. Cullagh susţin în urma experienţelor pe care le-am amintit mai sus, că există doi hormoni testiculari: androtinul şi inhibinul. Hipofiza excită producţia androtinului care are tendinţă să hipertrofieze prostata dar în stare normală, acţiunea hipofizei este frânată de al doilea hormon testicular, inhibinul. Dacă acesta lipseşte sau scade, hipofiza va exagera producerea androtinului şi consecutiv, se va produce adenomul de prostată. Până acum însă, nu s'a putut izola inhibinul, încât existenţa sa este o simplă ipoteză.

Niehans admite că dacă predomină secreţia celulelor lui *Leydig* şi gonadostimulina B care le stimulează, prostata se desvoltă şi se poate forma [illegible]

Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.

Combinație chimică moleculară de Octinum cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinți

Liber de barbiturice și alcaloizi.

Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.

10-20 picături, la nevoe până la 4 ori pe zi, cu **multă** apă. Nu se vor lua pe stomacul gol.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

Eșantioane și literatură prin: KNOLL S.A.R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, București 3.

Tratamentul şancrului moale

DMELCOS

Vaccin atoxic stabilizat titrând 225 milioane de bacili Ducrey pe cc.

SURSE POLIVALENTE

Cutii cu
6 fiole gradate
(1cc., 1,5cc., 2cc., 2,5cc.
3 cc. şi 3 cc.)

INJECŢII INTRAVENOASE

Diagnosticul şancrului moale

CUTI-DMELCOS

Emulsiune titrând 450 milioane de bacili Ducrey pe cc.

Fiole
de 1/4 cc.
CUTII CU 5

INTRADERMOREACŢIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA Marques Poulenc frères & Usines du Rhone
21, RUE JEAN GOUJON PARIS (8e)

ODETTE ZEAU

denom, mai ales glandular. Dacă predomină secreţia celulelor lui *Sertoli*, rezultă o inhibiţie hipofizară; prostata regresează, se atrofiază. Dacă predomină secreţia celulelor «F» *Steinach*, se produce o hipertrofie a prostatei, pe seama elementului fibromuscular; vom avea un adenom fibromiomatos, deci o hipertrofie în sensul femenin.

Se înţelege că această explicaţie este foarte frumoasă şi complectă; pe de altă parte ar pune pe toţi de acord, dar încă nu se cunoaşte cum sunt secretaţi hormonii şi nici nu sunt bine definiţi; unii cercetători chiar, după cum am spus, nu sunt convinşi de existenţa celulelor «F».

Le Roy des Barres nu admite că teoria endocrină poate explica formarea adenomului. El, după o practică de 36 ani în Tonkin, nu a observat niciodată adenom de prostată, la rasa anamită, pe când la europenii care locuesc acolo, a observat-o des. Totuşi, *Rotton*, recent, a comunicat la societatea franceză de urologie, un caz la un anamit din Cochinchina. *Mierg Naygen-Van Tung*, constată de asemeni raritatea hipertrofiei de prostată la egiptieni.

Profesorul *Chr. Grigoriu*, în urma experienţelor făcute împreună cu *Dr. Coja*, a arătat că injecţiile de foliculină făcute intratubar, duc, între altele, la o hipertrofie netă a musculaturei pe retelui trompei. Ei se cred îndreptăţiţi să afirme că o secreţie de foliculină fie în exces, fie alterată, duce la o excitare a fibrelor musculare uterine. Astfel îşi explică efectul terapeutic în fibroamele uterine, a extractului mamar care inhibă aparatul folicular şi opreşte astfel desvoltarea neoformaţiunei, ba produce câte odată şi regresiunea ei.

Admiţând teoria lui *Cunéo*, că adenomul de prostată s'ar desvolta sub efectul foliculinei care nu e contrabalansată de hormonul masculin, în scădere, şi cum din punct de vedere histologic, adenomul de prostată are o construcţie analogă cu fibromul uterin şi glandular şi muscular, aceşti autori şi-au pus întrebarea dacă întrebuinţarea extractului mamar în terapeutica adenomului nu ar avea un efect curativ. Ei au pus în practică acest tratament care le-a dat rezultate apreciabile.

Prof. *Parhon*, găsind la un câine, coexistenţa unei hipertrofii a glandei suprarenale cu hipertrofia prostatei, se întreabă dacă nu ar juca suprarenala un rol esenţial în desvoltarea adenomului de prostată şi înclină a admite aceasta. El îşi propune s'o verifice prin cercetări ulterioare, mai ales că experienţele lui Meyer au arătat că injecţiile de extract cortico-suprarenal la animale, produce o hipertrofie a prostatei şi a veziculelor seminale.

* * *

Dacă toate aceste teorii patogenice nu sunt riguros dovedite, totuşi pentru acei care s'au ocupat de chestiunea aceasta, rezultă că este indicat a se face un tratament cu hormoni masculini la prostatici, fie pentru a contrabalansa acţiunea foliculinei, fie pentru a restabili echilibrul hormonal.

Printre primii a fost *Wöhlinger*, care tratând prostaticii cu *Erugon* în injecţii, diatermie şi administrare pe cale bucală de preloban, a observat o micşorare a rezidiului vezical şi o evidentă ameliorare a polakiuriei nocturne. *Van Cappelen*, după propunerea lui *Laqueur* a făcut tratament cu Hombréol şi a obţinut o scădere a numărului micţiunilor nocturne şi a rezidiului.

Pentru a se obţine cantităţi mai mari de hormoni testiculari, s'a făcut cercetări asupra compoziţiei lor. *Laqueur* a arătat că hormonul masculin este testosteronul. Din testiculi trebue cantităţi considerabile pentru a se extrage câteva miligrame. *Butenandt*, *Ruzicka* şi *Girard*, au reuşit să-l prepare sintetic. S'a preparat un acetat de testoviron şi un propionat de testoviron, Stérandryl-lul care este mult mai activ. Numeroase publicaţiuni făcute de *Lower*, *Bodechtel*, *Cunéo*, *Champy*, *Guy Laroche*, *Bompart*, *Heitz-Boyer* arată rezultatele care se obţin prin întrebuinţarea stérandryl-ului şi din care rezultă că se observă într'o proporţie de 50—55% ameliorări notabile, mai ales în faza I-a de debut al adenomului şi în faza II-a de retenţie incomplectă, fără distensiune. Mai toţi notează o reducere a polakiuriei şi a rezidiului vezical; cei mai mulţi nu observă însă nici o micşorare a adenomului şi nici un efect atunci când bolnavul se găseşte în faza III-a a evoluţiei afecţiunei: retenţie incomplectă cu distensiune. Unii autori au publicat foarte rari cazuri când retenţia dispare.

Cum lucrează hormonii ?

Guy Laroche crede că efectul hormonilor ar consta într'o relaxare a ţesutului muscular din interiorul şi împrejurul sfincterului vezical şi într'o tonificare a detrusorului. Cum s'ar putea tea explica această acţiune deosebită asupra acestor doi muşchi, este greu de înţeles şi autorul nici nu încearcă s'o dea.

Pentru *Heitz-Boyer*, *Champy*, *Conjard*, hormonul testicular ar produce un edem mucoid împrejurul vaselor colului vezical, care ar duce la o înmuiere a sfincterului şi o relaxare a muşchiului. Pentru ce această relaxare este electivă, numai asupra sfincterului, nu se dă nici o explicaţie.

A judeca rezultatele care se obţin cu endocrinoterapia este foarte greu. Adenomul de prostată are o evoluţie neregulată şi ameliorările spontane nu sunt rare. Agravarea stărei unui prostatic nu este obligatorie; sunt bolnavi care nu trec niciodată de prima sau a doua fază. Intensificarea polakiuriei şi mărirea rezidiului vezical depinde de cele mai multe ori şi de fazele congestive şi inflamatorii cari se produc în adenom şi care sunt trecătoare. Complicaţiunea cea mai evidentă a acestor stări congestive este retenţia acută care dispare în multe cazuri după o evacuare a vezicei şi un tratament higienic şi dietetic; ea poate fi datorită şi unui spasm. Rezidiul vezical este de asemeni, foarte variabil şi se observă scăderea şi chiar dispariţia lui, după câteva sondaje, băi de şezut, evitarea frigului, a raporturilor sexuale şi a meselor copioase seara. Nu trebue deci să se uite că afecţiunea poate regresa şi bolnavul după o perioadă de turburări urinare serioase, poate să constate că starea lui s'a ameliorat spontan sau cu tratamente simple, obişnuite.

Dacă se ia în consideraţie că efectele tratamentului hormonal nu sunt permanente şi că turburările reapar după un timp, a se pronunţa asupra efectului lui este şi mai anevoie de făcut. *Ruscoe Clarke* (Brit. Journal of Urology, 1937) spune cu drept cuvânt, că pentru a putea face o afirmare valabilă asupra tratamentului hormonal în hipertrofia de prostată, e nevoie de o supraveghiere a pacienţilor pe o lungă perioadă de timp pe care el o apreciază la 5 ani, căci este ştiut că un număr mare de prostatici poate fi uşurat pentru o perioadă mare de timp prin măsuri higienice generale căldură, masaje, etc., şi alte metode nechirurgicale. Intrebarea principală este de a şti întru cât endocrinoterapia poate să înlocuiască tratamentul chirurgical. Argumentul că administrarea hormonilor nu poate dăuna, nu este valabil căci în unele cazuri, amânarea intervenţiei chirurgicale poate aduce alteraţiuni ireparabile.

Personal, am citit observaţiunile din aceste numeroase publicaţiuni şi mărturisesc că în detaliu analizate, se constată că efectele obţinute nu corespund întocmai concluziunilor pe care le trag autorii şi cari sunt mult exagerate în bine.

Mai toţi bolnavii trataţi, au fost supuşi şi tratamentului clasic (băi de şezut, sondaje, etc.), concomitent cu tratamentul hormonal. Ori numai prin tratament medical ştim că se poate obţine o reducere a frequenţei micţiunilor nocturne şi a rezidiului, încât nu ştim care e partea care revine endocrinoterapiei.

Am întrebuinţat, eu şi asistenţii mei, în 6 cazuri de hipertrofie de prostată, extractul mamar Richter în injecţii şi pe cale bucală astfel cum o preconizează prof. Grigoriu, dar nu am constata rezultate apreciabile astfel că am renunţat la întrebuinţarea lui.

Cu hormon masculin am tratat, eu

şi asistenţii mei, 28 cazuri, la care am făcut în timpul tratamentului hormonal şi pe acel higienic şi dietetic. Am observat că la bolnavii în prima fază (la patru din 8), numărul micţiunilor nocturne este redus la jumătate iar imperiozitatea este suprimată. La bolnavii în faza II-a cu rezidiu, am obţinut o ameliorare a polakiuriei şi reducerea rezidiului, când acesta este mic şi clar, şi când tonicitatea muşchiului vezical este păstrată în 3 din 6 cazuri. La 5 bolnavi, cu rezidiu infectat, nu am obţinut nici cea mai mică ameliorare. De altfel, este ştiut că la aceşti infectaţi, dinamismul vezical este mult scăzut şi că mai degrabă cu sondaje şi spălături antiseptice, ale vezicei, micşorând infecţiunea, muşchiul îşi revine şi rezidiul se reduce. La 7 bolnavi la care s'a instalat retenţia, chiar din momentul apariţiei ei, am instituit tratamentul hormonal care după 4—5 săptămâni, nu a dus la nici un rezultat încât am fost nevoit să intervin. La 2 bolnavi cu retenţie incomplectă şi distensie, la care probele funcţionale erau proaste şi operaţia nu se putea face, endocrinoterapia nu a avut niciun efect.

Am observat însă constant că acest mijloc terapeutic ridică starea generală a bolnavului, excită pofta de mâncare şi vioiciunea; din această cauză îl întrebuinţez încă de acum doi ani, preoperator, pentru a ameliora starea bolnavului, şi postoperator pentru a grăbi vindecarea.

Ameliorările care se obţin în adenomele de prostată cu tratamentul hormonal, sunt trecătoare; se produc frequent recidive în care caz trebuie după cum susţin acei care l'au întrebuinţat, să-l reîncepem şi cu doze mai mari. Ori, s'a constatat că întrebuinţarea îndelungată, provoacă prepararea în organism, de antihormoni şi tratamentul rămâne atunci fără efect. Apoi se ştie astăzi că tratamentul hormonal în doze mari, poate provoca cancerizări, astfel că un reviriment a început împotriva acestuia care în nici un caz nu poate fi socotit radical. *Babics* admite întrebuinţarea tratamenului hormonal numai în cazurile incipiente; în nici un caz nu poate fi însă vorba de o terapeutică profilactică.

Uebelhör nu a putut observa nici odată vre'o modificare evidentă în senzul unei micşorări a adenomului.

Cominelli Guariglia crede că tratamentul hormonal nu poate înlocui pe acel operator, cu toate că starea generală a bolnavilor se modifică în bine şi micţiunile devin mai rare. A observat că acei trataţi înainte de intervenţie cu preparate hormonale, suportă cu mult mai bine intervenţia iar evoluţia postoperatorie este cu mult mai simplă.

Di Maio constată că tratamentul hormonal are un singur avantaj, anume pe acel de a calma micţiunile imperioase în special în timpul nopţii, ameliorare care se observă din primele zile ale tratamentului. Recomandă şi el tratamentul numai ca preventiv pentru operaţie care este cu mult mai bine suportată după o cură hormonală.

* * *

Am citat aceste păreri mai recente pentru a putea trage concluzii mai obiective, cu atât mai mult cu cât astăzi, bolnavii, prin presa zilnică graţie unei reclame necontrolate, cunosc acest tratament şi cum la vârsta lor acceptă cu greu o prostatectomie, ei singuri vin la medic şi cer să le fie aplicat. Medicii trebuie deci să atragă atenţiunea bolnavilor că acest tratament poate produce o ameliorare în faza I-a a afecţiunei şi numai în anumite cazuri în faza II-a, într'o proporţie de 50%, dar că nu vindecă hipertrofia de prostată şi nici nu împiedică evoluţia maladiei. Adenomul în urma acestui tratament nu se micşorează iar posibilitatea instalărei retenţiei nu este întru nimic înlăturată.

Acest tratament nu poate deci evita intervenţia chirurgicală care singură constituie tratamentul radical; o întrebuinţare prea îndelungată a tratamentului hormonal chiar dacă admitem că nu poate provoca vre'o turburare, are aşadar drept consecinţă o amânare a intervenţiei chirurgicale care prin evolutia maladiei şi prin înaintare în etate, devine mai riscantă.

Medicii sunt deci cu atât mai mult datori, de a sfătui pe prostatici, ca la începutul afecţiunei, să se supună intervenţiunei căci ştiut este că atâta vreme cât urinele sunt clare, operaţia se poate face într'un singur timp — cu sutura lojei — vindecarea obţinându-se în cel mult 20 zile. Amânarea ei prin diferite tratamente medicale le aduce o mare răspundere.

Pentru o mai obiectivă apreciere a rezultatelor obţinute prin tratamentul hormonal în cazurile de adenom de prostată, e bine cred, să citez părerea lui *Zondek din 1937:* «nici o probă nu a fost până acum dată că această maladie ar fi datorită unei carenţe hormonale şi rezultatele încercărilor terapeutice făcute până acum, nu justifică nici o concluziune definitivă».

In concluzie, personal nu sunt convins de eficacitatea tratamentului hormonal în adenomul de prostată şi nici nu-l preconizez. Dealtfel, la congresul asociaţiei franceze de urologie din 1938, *Michon, Perrier* (Gèneva), *Caspari, Chauvin, Perrin* (Lyon), în urma rezultatelor pe cari le-au obţinut, ajung la aceiaşi concluzie.

SINDROMUL LUI ADIE

de Dr. B. REVESZ

I. In anul 1902 *A. Saenger* scrisese despre miotonia pupilară. In acelaşi an *J. Strasburger* observă acelaşi fenomen şi'l descrie sub titlul «Inerţia pupilelor la acomodare şi convergenţă». In anul 1931 *W. G. Adie* descrie sub titlul «Pupile Pseudo-Argyll-Robertsoniene cu reflexe tendinoase absente» o leziune benignă care imită tabesul. Atunci *Adie* vorbea numai despre 6 cazuri. In toate aceste cazuri o pupilă sau amândouă arătau sau o reacţie foarte slabă faţă de lumină sau nu arătau nicio reacţie, ci o reacţie tonică înceată la convergenţă, cu o dilatare consecutivă şi mai înceată. Ceace-i foarte interesant, este că în aproape toate aceste cazuri reflexele tendinoase erau absente. In fiecare caz sifilisul era exclus. Pe de altă parte, nici nu alt semn neurologic n'a fost observat de cât cele mai sus menţionate.

Dela 1931 şi alţi observatori s'au ocupat cu acelaşi sindrom, francezii, englejii, germanii şi nordamericanii, încât sindromul menţionat dispune azi de o literatură considerabilă. In anul 1932 *Adie comunică* nouă cazuri şi le caracterizează ca un sindrom cu o leziune benignă sui generis». Comunicarea se referea la 19 cazuri: In 13 cazuri reflexele tendinoase erau absente şi numai în 6 cazuri pupilele erau schimbate. Afară de cazurile sale proprii, el a colecţionat din literatură 45 de cazuri publicate de alţi autori. Şi aceştia observau absenţa de reflexe tendinoase în 9 cazuri. Mulţi din bolnavii lui au fost observaţi ani de zile fără să fi fost posibilă dovedirea sifilisului sau a altor fenomene neurologice. Astfel *Weber* a avut ocazia să examineze pe un bolnav cu pupile miotonice la interval de 27 ani. Pupila dreaptă era tonică şi mai mică de cât cealaltă. Reflexele patelare şi achiliene erau absente. Pacientul era altfel sănătos, lucra, era căsătorit şi avea doi copii sănătoşi. *Wassermann* şi *Meinicke* era negative.

II. Sindromul poate fi observat într'o formă perfectă sau imperfectă. La forma perfectă o pupilă sau amândouă nu reacţionează normal faţă de lumină. Prezintă o reacţiune tonică convergentă. Unul sau două reflexe lipsesc. Forma imperfectă prezintă posibilităţile următoare: *a)* Numai o reacţie pupilară tonică, *b)* Numai faze atipice de reacţie pupilară tonică. *c)* Pupile atipice cu lipsă de reflexe tendinoase, *d)* Numai lipsă de reflexe tendinoase.

III. Să vedem acuma manifestarea

TERAPIA CU VITAMINA

B_1

BETAXIN

In nevrite şi nevralgii, nevritele sarcinei şi lehuziei, polinevrită, nevrită alcoolică şi nevrită optică, nevralgii intercostale şi trigeminale, sciatică, apoi în beri-beri, mielită funiculară şi paralizii postdifterice.

AMBALAJE ORIGINALE:

Betaxin-tablete: Tub cu 20 şi flacon cu 100 tablete de 1 mg vitamină B_1
Betaxin-fiole : Cutii cu 3 şi 15 fiole de 1 cmc. (conţinând câte 2 mg vitamină B_1)
Betaxin-fiole «forte»: Cutii cu 3 şi 15 fiole de 1 cmc. (conţinând câte 10 mg vitamină B_1)

TERAPIA CU VITAMINA

C

CANTAN

In diateze hemoragice, hemoragii, scorbut şi predispoziţie spre infecţiuni. In boale infecţioase pentru compensarea consumului mărit de vitamină C. In vărsăturile sarcinei, paradentoze, carii etc.

AMBALAJE ORIGINALE:

Cantan-tablete: Tub cu 10 şi 20, flacon cu 250 tablete de 0,05 g.
Cantan-fiole: Cutii cu 5 şi 25 fiole de 2 cmc. (2 cmc=0,1 acid. l-ascorbinic)
Cantan-fiole „forte": Cutii cu 3 şi 15 fiole de 5 cmc. 5 cmc=0,5 g. acid l-ascorbinic

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN A./RH.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel.: 3.92.86 — Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Telefon 37.22

DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC

NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ

Anemoton

„GAMMA"

ELIXIR

A N E M I E

L I M F A T I S M

S U R M E N A J

ULMARA

„GAMMA"

FRICȚIUNE LICHIDA

A N T I R E U M A T I C

A N A L G E T I C

R E V U L S I V

GRANULE

BADIJONAJ GARGARĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

sindromului lui *Adie* comparându-l cu celelalte condiţiuni ale pacientului.

Reacţiunea pupilară depinde, cât priveşte intensitatea sa, de starea emotivă a pacientului. S'au observat, mai departe, cazuri cu homosexualitate latentă, extremităţi umede, tensiune labilă a vaselor, lipsa de reflexe, dureri de cap. Ceeace este, însă, de observat la fiecare caz, este legătura dintre sindromul lui *Adie* cu lipsa de reflexe tendinoase profunde. Sindromul este de cinci ori mai frecvent la femei decât la bărbaţi.

Pacienţii nu se plâng în genere de alte simptome, în afară de o uşoară fotofobie. Mulţi dintre pacienţi observă că pupilele lor au fost inegale deja în copilăria lor. *Adie* nu a găsit în nici un caz reacţia *Wassermann* pozitivă.

Sunt autori ce au considerat sindromul lui *Adie* ca o consecinţă a gripei, a encefalitei ,a diabetului, a polineuritelor alcoolice şi în stări de distiroidism, mai departe în anumite cazuri de psihopatie şi chiar în anemia pernicioasă, s'a observat o anumită instabilitate vaso-motrice. *Franchel, Harvier* şi *Boudin* au observat lipsa reflexului oculo-cardiac în ambele părţi. *Boudin* vorbeşte chiar despre puls instabil.

IV. Se impune de la sine chestiunea: Care va fi cauza acestui sindrom ciudat? Şi anume: Ce înseamnă combinaţia dintre pupilotinie şi lipsa de reflexe tendinoase?

Observatorii francezi cred că sindromul lui *Adie* are drept cauză sifilisul, bine înţeles sifilis latent. Dar cu toate că au tratat sindromul în conformitate cu această presupunere, ei n'au reuşit să-l vindece. *Franchel* vorbeşte de leziunile sistemului nervos vegetativ. După el ar fi o miotonie congenitală cu o leziune locală şi anume cu o leziune musculară în irisul sau în ganglionul ciliar. *Adie* este dispus a accepta ideia lui *Franchel*.

Jelliffe afirma într'un timp că factorii psihogeni ar putea cauza sindromul, dar numai într'un mod indirect fiind efectul unei funcţiuni tiroidene. *Petit* şi *Delmond* descriu sindromul la pacienţi cu boli mentale diverse, adeseori în combinaţie cu leziuni endocrine şi vasomotorii.

S'ar putea, pe de o altă parte, că hypothalamusul să fie în cauză, dat fiindcă această parte a sistemului nervos prezintă oarecare influenţă asupra reacţiunilor pupilare.

V. Am menţionat sindromul lui *Adie* pentrucă am avut ocazia să studiez un caz, convingându-mă că poate prezenta un interes deosebit nu numai pentru medicii neurologi, psihiatri şi oculiştii, ci pentucă este foarte important pentru orice practician.

Un antipiretic nou în practica infantilă

de Dr. I. OREVICEANU şi Dr. W. GRÜNBERG

Din noianul de medicamente pe care arsenalul terapeutic îl oferă astăzi, medicul anevoie poate face o alegere justă şi ceeace-i şi mai greu, să-şi facă o convingere care să justifice aplicarea lor fără reticenţe.

Ceeace face să nască neîncrederea factorilor chemaţi să acorde creditul lor diverselor preparate, e supralicitarea lor de către diversele case de producţie.

Progresele chimioterapiei din ultimii ani, rezultatele surprinzătoare obţinute cu diversele preparate sintetice în toate ramurile medicinii, însemnează o etapă de care trebuie să ţinem seama.

In domeniul pediatriei, s'a simţit totuşi nevoia de a putea aplica o medicaţie cât mai simplă şi mai ales cât mai lipsită de nocivitate. Cei ce ştiu cât de mult se lucrează în clinicele infantile cu agenţii fizici în combaterea pirexiilor de orice natură (priesnitze, învelitori calde sau reci, balneaţiuni, etc.) îşi dau seama că orice medicaţie pentru a putea fi aplicată în acest mediu, trebuie să-şi fi făcut cu adevărat dovada eficacităţii sale pe deoparte, lipsa nocivităţii sale pe de altăparte.

Derivaţii diverşi ai izopirazolonului (antipirină, piramidon) au fost şi mai sunt încă mult întrebuinţaţi în practica infantilă. Pe lângă faptul că sunt substanţe antitermice, rapid absorbite prin mucoase, aceşti derivaţi prezintă avantajul de a diminua excitaţiile cerebro-medulare (experienţele lui *Gley)*, ceeace e de mare importanţă dacă ştim cât de predispuşi sunt copii la convulsiuni în timpul hipertermiilor.

Acţiunea antipireticilor din grupa izopirazolonului asupra febricitanţilor se face fie prin acţiunea directă asupra centrilor termici, fie diminuând procesele de oxidare a ţesuturilor.

In afară însă de calităţile enumerate, aceşti derivaţi prezintă dezavantajul că adesea fenomene de şoc, tendinţă la colaps (la copii debilitaţi), fenomene de anafilaxie medicamentoasă (erupţii urticariene, edem Quincke, exeme, etc.) ceeace îngrădesc suficient aplicarea lor.

Rolul unei chimioterapii, de orice natură este: a) să contribue în largă măsură la procesul de apărare a economiei, activând acţiunea destructivă sau fixatrice a sistemului reticulo-endotelial; b) să mărească puterea microbicidă a umorilor, făcând agentul patogen mai vulnerabil *(Savy)*.

Combinaţia prezentată de casa *Dr. Wander* sub numele de *germicid*, supozitare pentru copii, e un produs nou, sintetic, complex, fiind un derivat al chinoleinei combinat cu un antipiretic pirazolonic: dimetil, aminochinizina.

Dacă antipireticii propriu zişi (pirazolonici) au proprietatea de a scădea febra, mărind pierderea de căldură, derivaţii chinoleinici scad însăşi producţia de căldură, ceeace e foarte important. Asocierea la fiecare supozitar de 0,20 ctgr. Germicid, a 0,02 ctgr. Cofeină, e de mare utilitate. Cafeina în afară de proprietăţile sale diuretice cunoscute, e un excitant al sistemului nervos central, al muşchilor striaţi şi cardiaci. In plus e un tonic vascular periferic, contracarând deci acţiunea deprimantă asupra cordului şi vaselor a combinaţiunei antipiretice.

Astfel preparat, Germicidul prezintă ca antipiretic o sumă de avantajii de care trebuie să ţinem seama.

In epidemia de gripă din Leagănul Sft. Ecaterina din toamna şi iarna 1938—1939, am aplicat la o serie de sugari fie cu gripă simplă (ceeace-i mai rar), fie în forme complicate, Germicid sub formă de supozitare pentru copii.

Indiferent însă de felul afecţiunii sau a complicaţiilor, indiferent de evoluţia ulterioară a maladiei, ceeace ne-a atras atenţia încă dela început, a fost acţiunea constant antipiretică a acestui preparat.

Consemnăm mai jos câteva observaţiuni în mod succint, însă concludente :

Obs. 1. I. M., copil, 2 ani, greutate 11,300 kgr. *Febră 39,5°, Anginâ eritematoasă, Faringită,* Vărsături repetate, stări de agitaţie, plâns continuu. Se administrează 1 supozitor Germicid pentru copii (după clismă evacuatoare prealabilă). După 3/4 de oră febra scade la 38,5°, starea generală mai bună, copilul adoarme. După 1 oră 1/2 febra 37,6°. Febra revine a doua zi (38,4°) cât se repetă tratamentul. Starea locală în gât mai bună. Copilul se alimentează mai cu uşurinţă. A treia zi febra complect scăzută.

Obs. 2. A. S., copil de 1 an 3 luni, *gripă tracheo-bronsită, Febră 39,4°.* După administrarea unui supozitor Germicid pentru copii, febra scade la 38°, întâiu, apoi după 2 ore la 37,5°. Acţiunea supozitorului a fost netă. A treia zi febra creşte brusc la 39,3°. Prezentând semne de otită stângă (Vacher pozitiv), *i se* administrează din nou un supozitor, care readuce febra la 37,8°. Paracenteza făcută confirmă diagnosticul. Totul reintră în ordine. Observaţia este interesantă, deoarece febra a putut fi influenţată în mod evident, cu toată otita stângă supurată pe care o prezenta bolnavul.

Obs. 3. A. F., 1 an opt luni. *Gripă, Amigdalită, Rino-Faringită, Bronşită generalizată. Febră 38,9°—39,2°.* După un supozitor febra scade la 37,6°. După 3 ore. în cursul nopţii, febra creşte din nou la 39,1°. Un nou supozitor scade febra de astă dată definitiv.

Obs. 4. M. G., un an şase luni. *Gripă, Amigdalită, uşoară congestie pulmonară la baza dreaptă. Febră 38,5°—39,3°.* După un supozitor Germicid febra scade la 37,8°—37,4° după

*) *Lucrare făcută în Leagănul «Sft. Ecaterina»*

o oră jumătate. Starea generală ameliorată, dispneea mult diminuată.

Influența asupra febrei, urmărită din 20 în 20 minute a fost manifestă.

Obs, 5. M. D., 1 an 9 luni. *Gripă, Rinofaringită, Otită, focar Bronchopulmonic la baza dreaptă* (suflu Broncofonie, submatitite). *Febra oscilează între 38,3° — 39 — 39,4°.* I se administrează în repetate rânduri Germicid câte un supozitor, ceeace modifică net curba febrilă. După fiecare supozitor febra scade sub 38°, uneori până la 37° — 37.3°, ceeace ameliorează starea generală și permite alimentarea copilului. Afecțiunea durează în total 8 zile.

Obs, 6. E. G., 1 an 10 luni. *Gripă manifestă cu catar nasal, Faringită, febră 39,8°.* După ½ oră dela administrația supozitorului febra scade la 38° și se menține scăzută până a doua zi, când un nou puseu hipertermic (39°) e jugulat la o nouă administrare de supozitoarre Germicid. A 3-a zi febra scade definitiv.

Obs, 7. I. M., 1 an 5 luni. *Anghină cu adenopatie bilaterală. Febră 39,9°.* E indispus, refuză alimentație. După 1 supozitor de Germicid febra scade la 38 apoi după o oră și 3/4 la 37,6°. Starea generală mai bună adoarme.

Obs. 8, E. M, 1 an 1 lună. *Gripă. Amigdalită* la început, apoi *Congestie pulmonară bilaterală.* Febra de 2 zile între *39,4° — 38,6°.* Dispnee, tuse rebelă, plus 130 pe minut. După 1 supozitor Germicid febra scade după 40 minute la 37,9° — 37,5° după o oră. Pulsul 100. Starea generală mai bună. Febra revine a doua zi la 39,1°. După un supozitor febra scade la 37,7° iar în zilele următoare oscilează sub 38°.

Obs. 9. I. P., 6 luni. *Furunculoză, celulită a pielii capului.* Febra 38,4°—39,3°. După 1/2 supozitor pulsul febril scadă sub 38°. După 6 ore febra crește din nou, la 39,4°. O nouă administrare de Germicid (1/2 supozitor), scade febra la 37,6°. Tratamentul adjuvant (anatoxină stafilococică, Rubiazol), îl vindecă.

In concluzie putem spune că ceeace se observă constant, e o scădere rapidă a febrei ceeace după cum am spus e de mare importanță, mai ales la copii predispuși la convulsiuni.

N'am observat niciodată fenomene de șoc, manifestații anafilactice cutanate sau stări de colaps.

In 2 cazuri, în care la vârsta de 4-5 luni s'a administrat în mod greșit câte 1 supozitor întreg dintr'odată (în loc de ½), s'a observat o stare de hipotermie (35,8°—36°) cu răcire a extremităților, care fenomene însă, au cedat rapid la tratamentul adequat (Balneație caldă).

In mod obișnuit, la dozele normale febra începe să scadă aproximativ după 40—60 minute dela administrarea supozitorului. Scăderea se menține uneori 6—12 ore (în funcțiune de afecțiunea cauzală). Alteori revine după 3—4 ore, ceeace necesită o nouă doză.

Ceeace trebuie subliniat e promptitudinea cu care febra, indiferent de cauză, scade ori de câte ori se administrează Germicid-ul.

Este poate calitatea sa cea mai importantă pe lângă proprietățile bactericide, antireumatice, etc. ale sale.

Astfel terapeutica infantilă se găsește îmbogățită cu un preparat util și care e demn de a fi întrebuințat ori de câte ori se ivește ocaziunea.

Un caz de intoxicație cu Dial.—Vindecare *)

de Dr. GH. ST. CONSTANTINESCU, Int. N. IONESCU și Int. M. VOICULESCU

Cazul pe care-l publicăm ni s'a părut interesant din două puncte de vedere: 1) Dintre cazurile de intoxicații cu barbiturice, cele cu Dial sunt mai rare. 2) Vindecarea am obținut-o cu o cantitate de stricnină relativ redusă.

Dăm mai jos observația unui bolnav internat în serviciul nostru, intoxicat cu Dial și căruia i-am aplicat tratamentul cu sulfat de stricnină intravenos, fiind convinși de eficacitatea acestui medicament. Cazurile multiple de intoxicații cu barbiturice vindecate prin stricninoterapie, dovedesc importanța acestui tratament.

La consultațiile serviciului este adus un bolnav în stare comatoasă. Familia ne spune că pacientul, intenționând să se sinucidă, a luat. cu o zi înainte de a veni la spital, 15 pastile *Dial*-«Cyba». Deasemeni, tot familia ne relatează că acum câtva timp bolnavul a mai încercat să se sinucidă, luând un somnifer puternic și a fost salvat datorită îngrijirilor imediate ce i s'au dat la un spital.

Starea prezentă. Bolnavul este în stare de somnolență, respirația superficială 39°. Musculatura în completă rezoluție, reflexele osteo-tendinoase abolite. Nu reacționează la excitațiile exterioare.

Pulmonar. Raluri de bronșită diseminate în ambii pulmoni.

Ap. circulator. Cordul în limite obicinuite; zgomotele normale, nimic orificial. Puls 120 pe minut bine bătut. Tensiunea art.: Mx. 13 — Mn. 9.

Ap. genito-urinar. Rinichii nu se palpează. Retenție de urină. Se evacuiază prin cateterism vezical aprox. 800 gr. urină.

Ap. digestiv. Dentiția bună, limba saburală, fundul gâtului congestionat, abdomen suplu, constipație.

Sist. nervos. Pupilele dilatate, nu reacționează la lumină, nu acomodează. Reflexele osteo-tendinoase abolite. Musculatura în rezoluție completă.

Examene de laborator. Ex. sumar de urină: albumină: nor slab, glucoză: absentă. Sediment: leucocite, hematii, rari cilindri granuloși. Ureea în sânge: 0,70‰. Leucocite: 17.400 pe mm³. I se aplică următorul tratament: Flebotomie: 300 gr. sânge; prin puncția lombară se extrag 10 cm³ de lichid cefalo-rahidian. Cateterism vezical: se scot aproape 800 gr. urină. Se fac injecții cu oleu canforat, ser glucozat intravenos și clisimă g-tte à g-tte. Injectăm intravenos stricnină sulfurică din soluția 1:100, 5 miligrame; apoi din oră în oră 5—10 miligrame.

A doua zi starea de somnolență este mai puțin profundă, somnul este întrerupt din când în când de scurte deșteptări, în timpul cărora pacientul ține ochii deschiși și încearcă să răspundă la întrebările puse. Reacționează la înțepătura acelor de injecție, apare reflexul cornean. Se produce criza termică și urinară. Pulsul 66 pe minut, bine bătut. Reflexele osteotendinoase normale. Bolnavul se deșteaptă treptat. Nu i se mai fac injecții cu stricnină. In total i s'au făcut 12 ctgr. de sulfat de stricnină din soluția 1:100.

A treia zi bolnavul și-a revenit complet, se informează despre cele întâmplate cu el, simțindu-se din ce în ce mai bine. Pleacă vindecat după o ospitalizare de 7 zile.

Am redat observația unui bolnav, intoxicat cu *Dial* și vindecat prin stricninoterapie. Despre *Dial* știm că este un derivat al acidului barbituric, un acid dialylbarbituric. Modul său de preparare nu se cunoaște exact, însă se știe că se prepară prin aceleași procedee ca pentru celelalte veronalide. Dialul — sau dialylmalonylureea — este solubil în acetonă și eter acetic. Este mai ușor solubil în apă fiartă. Soluția apoasă dă o reacție ușor acidă la hârtia de turnesol. Este întrebuințat ca hypnotic și are o acțiune rapidă, fiind considerat ca cel mai toxic dintre derivații barbiturici. Doza hypnotică este, în mijlociu, de 0.20 ctgr. Se absoarbe mai ușor decât ceilalți derivați, producând un somn mai profund și de durată mai scurtă. Eliminarea se face mai rapid decât a celorlalți barbiturici.

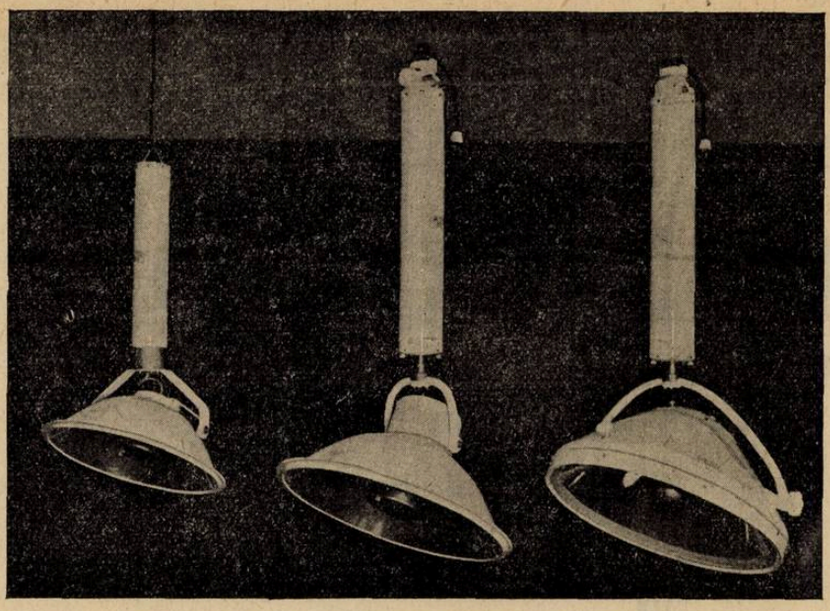
Bolnavul nostru a ingerat într'o singură dată 1 gr. 80 de Dial. Tratamentul a fost instituit la 24 ore dela ingestia toxicului și deși intervenția sa produs rlativ tardiv, 12 ctgr. de sulfat de stricnină au fost suficiente pentru a alva pe bolnav.

Și de data aceasta ne-am convins și recomandăm ca tratamentul cu stricnină în intoxicațiile barbiturice să fie început în doze mici, pentru a observa sensibilitatea bolnavului față de stricnină.

Numai după ce se administrează primele doze de încercare, să se treacă la cantități din ce în ce mai mari.

In cazul nostru, am început tratamentul cu stricnină prin dozele de încercare (5 miligrame) și apoi am crescut treptat dosajul, până am ajuns să injectăm în total 12 ctgr. de stricnină sulfurică.

*) Lucrare făcută în spitalul *Prof. Dr. Cantacuzino* Sinaia. Medic primar: *Dr. Th. Moisescu.*



Lampa Pantophos mare, cu oglindă din metal de 60 cm. ∅

Lampa Pantophos mare, cu oglindă din metal de 80 cm. ∅

Lampa Pantophos mică, cu oglindă de sticlă de 80 cm. ∅

Lămpi de operaţie fără umbră

Pe lângă becul principal, ele au şi o sursă luminoasă separată de aceiaşi intensitate, alimentată printr'o baterie de acumulator.

ZEISS-PANTOPHOS

IMPRIMATE ŞI INFORMAŢIUNI GRATUIT DELA

CARL ZEISS / JENA

CARL ZEISS JENA

sau reprezentanţa generală pentru România:

Societatea Anonimă de Agentură - Comision - Import fost Otto & Alfred Herzog,

Bucureşti I, B-dul Carol I, 48,

PIPÉRAZINE MIDY

(Granulată efervescentă)

ANTI-URICUL TIP

THIODÉRAZINE MIDY

(injectabilă fiole 5 cc.)

TRATAMENT GENERAL AL REUMATISMULUI CRONIC

THIODACAÏNE MIDY

(fiole 20 cc.)

TRATAMENT LOCAL AL DURERII REUMATICE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

Epuizări funcționale și stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 și 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, București I.

Drogueria ROYAL
Piața Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
(Suisse)

ANTIPHLOGISTINE

Pentru tratamentul LUXAȚIILOR și al SCRINTITURILOR și pentru toate cazurile unde este indicată întrebuințarea căldurii persistentă umedă. Antiphlogistine constitue în același timp un pansament antiseptic ideal, care aplicat direct pe regiunea lezată, oprește desvoltarea bacteriilor și favorizează vindecarea. Compresa cu Antiphlogistine este bine suportată de copii, întrucât atât aplicarea cât și îndepărtarea compresei, nu este dureroasă.

Eșantioane și literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEWYORK. U. S. A.

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, București I.

Stovarsolul sodic în terapia Paraliziei generale*)

de Dr. MATEI STOICESCU

Nu sunt nici două decenii, de când maladia lui *Bayle* era socotită ca o afecțiune incurabilă, care nu comportă nici un tratament.

In 1922, cu ocazia comemorăriii centenarului lui *Bayle*, *Truelle* referindu-se la paralizia generală, exprimă această opinie.

Descoperirea malarioterapiei de către *Wagner von Jauregg*, a reușit să risipească în mare măsură pesimismul medicilor, această descoperire dând tratamentului paraliziei generale o orientare pronunțat biologică.

Din nefericire însă, malarioterapia nu e aplicabilă în toate cazurile, pe de oparte contra-indicațiile destul de numeroase, nerespectate, putând determina accidente grave sau chiar letale, iar pe de alta o impaludare anterioară a indivizilor făcându-i inaccesibili unei noui malarizări.

Ținând seamă de aceste lucruri, partizanii chimioterapiei, presupunând că ineficacitatea medicațiunilor antisifilitice obicinuite ar ține de faptul că nu s'ar putea fixa pe celule nervoase. au ajuns la concluzia că unele modificări ale acestor medicațiuni le-ar putea face mai ușor adaptabile particularităților țesutului nervos parazitat de treponemă și implicit mai eficace.

Urmând ipotezelor de mai sus, o serie de cercetători printre cari menționăm pe *Sicard, Roger, Cestan* și *Riser, Sézary* și *Barbé*, au asociat tratamentului specific substanțe cu afinitate specială pentru țesutul nervos: camfor, Gardenal, oxid de zinc, piramidon.

Rezultatele n'au fost încurajatoare.

Asocierea șocurilor *(Sézary* și *Barbé)* prin nucleinat de sodiu, seruri de animale, mesothorium, dinitrofenol, concomitent cu injecțiile de arsenic trivalent și bismut, n'au dat nici ele ameliorări apreciabile.

Sézary și *Barbé*, ținând seamă de cercetările lui *Levaditi* care stabileau că arsenicul trivalent nu acționează decât după ce a suferit în organism un proces de oxidare, iar țesutul nervos fiind foarte reductor nu putea beneficia de acțiunea arsenicului trivalent, au decis să înlocuiască medicațiunile arsenicale obicinuite printr'un arsenic care să acționeze și după reducere.

Experimentând succesiv Arsacentina și «240» a lui *Fourneau, Sézary* și *Barbé* și-au fixat definitiv alegerea asupra Stovarsolului Sodic.

Notăm că paralel cu cercetările ce se făceau în Franța, medicii americani *Lorenz, Loevenhardt, Bleckwenn* și *Hodges* experimentau, pornind dela aceeaș idee, un alt derivat al arsenicului pentavalent: Tryparsamida.

Efectele mai mult decât satisfăcătoare obținute cu acești compuși ai arsenicului, au determinat consacrarea lor ca medicațiune extrem de interesantă în terapia luesului nervos.

Stovarsolul a fost preparat pentru întâia oară la Institutul Pasteur, de către *Fourneau* împreună cu d. și d-na *Tréfouel*. Primele experimentări făcute pe animal de *Levaditi* și *Novarro-Martin*, iar pe om de *Louis Fournier și Schwartz*, dela început au dus la concluziuni mai mult decât îmbucurătoare.

Intrebuințat în terapia sifilisului, pian, febră recurentă, parazitozele intestinale, asociațiile fuzo-spirilare, în pioreea alveolară, în tripanosomiaze, etc. rezultatele au fost dintre cele mai strălucite.

In Paralizia Generală, Stovarsolul Sodic a fost practicat pentru prima oară de *Sezary* și *Barbé* din anul 1921.

O primă comunicare la Société Médicale des Hôpitaux în 1924, arată rezultatele bune obținute cu acest nou preparat.

In 1927, *André Boccard* consacră teza sa de doctorat tratamentului paraliziei generale cu Stovarsol Sodic.

Utilizată pe o scară întinsă în Franța, stovarsolterapia e preferată malarioterapiei de personalități cunoscute ca: *Marchand, Sézary* și *Barbé* și alții.

Stovarsolul Sodic e o pulbere albă, inodoră, foarte solubilă în apă. Société *Specia* (Poulenc Frères, Usines du Rhône) îl prezintă în fiole închise sub vid, în doze de 0,50 gr. și I gr. Soluțiile se prepară expemporan în momentul injecțiilor. In fiola cu pulbere de I. gr. se varsă 10 cc. de apă distilată sterilizată. După complecta disolvare a pulberei, soluția se poate injecta fie subcutan, fie intramuscular, calea venoasă fiind abandonată din cauza accidentelor la care expune.

Technica de administrare stabilită de *Sézary și Barbé* e aceea de 3 injecții pe săptămână. O serie corespunde cu 21 injecții, totalizând 20.5 gr. prima injecție pentru încercarea sensibilității bolnavului fiind de 0,50 gr. După prima serie de 21 injecții, se suspendă tratamentul timp de o lună; la expirarea pauzei se începe seria II-a, după care pauza e de 45 zile, seriile următoare pentru anul I de tratament urmându-se la intervale egale. In al doilea an pauza între serii rămâne constant de 60 zile.

Pentru anii următori, seriile de injecții sunt comandate de citologia lichidului cefalo-rachidian.

Pentru cazurile clinice, unde bănuim în afara focarelor siflitice cerebrale și leziuni viserale, e de recomandat tratamentul mixt: stovarsol + bismut.

In paralizia generală rezultatele terapeutice, după aplicarea stovarsolului sodic, apar remarcabile.

Sézary, în monografia sa: «La syphilis du système nerveux» apărută anul acesta, bazat pe 500 cazuri tratate cu stovarsol sodic, dă în rezumat următoarele observațiuni:

I. Din punct de vedere neuro-psihic în majoritatea cazurilor, efectele stovarsolterapiei sodice se fac evidente începând dela a 15-a injecție, se accentuează către finele seriei, în timpul repausului terapeutic și în cursul celei de a doua serii.

După forma clinică a paraliziei generale, frecvența remisiunilor se situiază în mod descrescând, astfel:

a) P. G. delirantă (cu excitație psihică, idei delirante megalomaniace, contradictorii, absurde).

b) P. G. cu scăderi globale intelectuale.

c) P. G. demențială.

d) P. G. melancoliformă.

II. Din punct de vedere fizic, acțiunea stovarsolului sodic se traduce printr'o creștere în greutate și în forță.

III. Din punct de vedere biologic, acțiunea Stovarsolului Sodic asupra anomaliilor lichidului cefalo-rachidian e aproape constantă, manifestându-se însă mai încet decât asupra turburărilor mentale și somatice. In cazurile favorabile, anomaliile lichidului nu încep să se amendeze decât mai multe luni dela începutul tratamentului, deci mult după tulburările psichice în anumite cazuri mai rezistente anomaliile lichidului cefalo-rachidian pot să rămână neinfluențate 2—3 ani.

Aceste modificări se traduc printr'o diminuare a leucocitozei și a hiperalbuminozei, care duce mai curând sau mai târziu la complecta lor dispariție.

Wassermann-ul și celelalte sero-reacțiuni în sânge, devin negative după un timp nederminat.

Stovarsolul Sodic e în general bine suportat, iar accidentele sunt rare și pot fi evitate.

In ceeace ne privește pe noi, n'am avut la cele 30 de cazuri pe cari le-am tratat, niciun accident imputabil stovarsolului.

Accidentul cel mai de temut e nevrita optică. Fragilitatea nervului optic constitue deci o contra-indicație netă la tratamentul cu Stovarsol Sodic. O leziune a fundului de ochi constatată de specialistul oftalmolog im-

*) *Lucrare făcută în Spitalul Central de Boli Mintale și Nervoase.*

pune renunţarea la această medicaţiune.

Tabesul manifest, comportă deasemeni aplicaţiunea cu prudenţă a stovarsolului sodic din cauza coexistenţei de leziuni latente ale nervului optic. Alcoolismul care se complică adesea le nevrită optică retro-bulbară constitue o contraindicaţie. Insuficienţa hepatică şi renală impune deasemenea circumspecţie din partea medicului care aplică stovarsolul sodic.

Făcând în treacăt câteva consideraţiuni referitor la aplicaţiunea malarioterapiei în paralizia generală, ţinem să subliniem că, impaludarea după metoda lui *Wagner von Jaureg* nu poate fi făcută în toate cazurile de P. G., motivele constând în aceia că:

a) Pacientul a suferit o impaludare anterioară şi a devenit imun.

b) Malaria s'a întrerupt spontan şi o redeşteptare a acceselor nu mai e posibilă.

c) Pacientul a traversat anterior începerei tratamentului ictusuri congestive.

d) Pericolul redeşteptării de focare t. b. c. oprite în evoluţie.

e) Starea generală a pacientului (caşectic, bătrân, etc.) nu permite o inoculare, malaria periclitându-i existenţa.

In toate cazurile enumerate de mai sus, Stovarsolul Sodic suplineşte cu succes malarioterapia.

Administrarea Stovarsolului Sodic, comandată de varietatea multiplă a tabloului clinic sub care se prezintă paralizia generală, se face fie singură, fie conjugată cu bismut, sau asociată cu pitoterapie alta decât malaria: Dmelcos, vaccin antitifo-paratific, lapte sterilizat, sulf, etc.

Cu ocazia aceasta ţinem să relevăm faptul că, oricum s'ar prezenta atât tabloul clinic al paraliziei generale, cât şi starea generală a bolnavului, malarioterapia nu exclude întrebuinţarea stovarsolului sodic, observaţiile noastre clinice determinându-ne să credem că rezultatele obţinute prin malarie apar consolidate aplicând ulterior ca medicaţiune specifică Stovarsolul Sodic.

Pacienţilor de aspect congestiv, la cari iminenţa producerei ictusurilor e vădită, e bine să li se aplice înainte de impaludare un tratament cu Stovarsol Sodic (o serie), tratament care după observaţiile noastre pare să acţioneze favorabil la oprirea evoluţiei leziunilor sifilitice şi ca tonificant al pereţilor vasculari, pregătind şi întărind astfel rezistenţa bolnavilor în lupta cu accesele febrile.

Tratamentul cu Stovarsol Sodic s'a instituit cu aceleaşi bune rezultate şi pacienţilor cari în cursul malariei după două trei accese au făcut ictus. După o serie de injecţii cu Stovarsol Sodic, reimpaludaţi, pericolul unor noui accidente a dispărut, accesele febrile urmându-se normal.

Observaţiuni clinice pe un număr considerabil de cazuri tratate cu Stovarsol Sodic şi urmărite îndeaproape, ne fac să conchidem că această medicaţiune e de o valoare terapeutică necontestată şi că se impune ca o armă foarte eficace în combaterea paraliziei generale.

Dăm mai jos rezultatele obţinute pe un număr de 30 cazuri tratate cu Stovarsol Sodic în Spitalul Central de Boli Mintale şi nervoase.

Din 12 bolnavi cari n'au primit malarie, fie din cauza unor contra-indicaţii, fie pentru că au prezentat imunitate la malarie, 9 au făcut remisiune, 2 au prezentat ameliorări marcate, iar unul a sucombat în urma unei t. b. c. pulmonare.

Din restul de 18 bolnavi inoculaţi cu malarie şi trataţi ulterior cu Stovarsol Sodic, sigur sau asociat cu bismut, 13 au făcut remisiuni complecte, unul a prezentat o ameliorare accentuată de ordin somatic, iar 4 la cari malaria s'a întrerupt spontan şi cărora li s'a făcut Stovarsol Sodic în piretoterapie (Dmelcos, Pretosulf) au făcut remisiuni sociale.

Dăm, cu titlu de exemplu, în rezumat, două dintre observaţiunile noastre. Prima se referă la un bolnav care n'a fost impaludat, iar a doua la un bolnav căruia i-s'a administrat Stovarsol Sodic după malarioterapie.

Obs. I. Pacientul I. V. de 45 ani din Teleorman, de profesiune funcţionar la C. A. M., este adus în spital Serv. IV de familie, la 30 Mai 1935 pentru tulburări psichice, traduse prin deficit intelectual, greutate în articularea cuvintelor, slăbirea capacităţii de lucru şi mai în urmă idei delirante de colorit divers şi halucinaţiuni cenestezice, auditive şi vizuale.

Antecedente heredo-colaterale: Fără importanţă.

Antecedente personale. Sifilis contractat la o dată neprecizată. Şi-a cunoscut boala întâmplător cu 3 ani în urmă când şi-a făcut o analiză de sânge.

S'a tratat insuficient cu Neo-bismut.

Căsătorit de două ori; prima soţie a avut mai multe avorturi spontane. A decedat de o afecţiune gastrică.

A doua soţie n'a avut sarcini.

După examenul neurologic, serologic şi psichic, constatându-se o imunitate la malarie, s'a făcut piretoterapie cu vaccin antitifoparatific şi concomitent Stovarsol Sodic, 3 injecţii de I gr. pe săptămână.

In primele zile ale internării, pe lângă toate fenomenele morbide notate mai sus, bolnavul a început a prezenta şi obsesiuni dentare (îşi smulgea dinţii, noapte şi oricând scăpa de sub observaţia infirmierilor).

La jumătatea celei de a doua serii de Stovarsol, dispar halucinaţiile şi obsesiunile dentare. E mult mai liniştit, începe a fi orientat şi a se interesa de situaţia sa în Spital, a început a fi preocupat de teama că nu i s'a aranjat concediul şi că va fi pus în disponibilitate.

Se continuă tratamentul, a treia serie făcându-se cu Stovarsol + Bismut.

După 7 luni de tratament, bolnavul părăseşte Spitalul complet remis.

Revine pentru control, după un an. Lichidul cefalo rachidian se prezintă mult modificat, tendinţa la negativare fiind destul de marcată.

Remisiunea menţinându-se perfectă, nu avem motive să-l reţinem în Spital.

Se prescrie tratamentul mixt Stovarsol 20 gr. + bismut 12 inj. la serie şi pleacă.

In prezent îşi continuă ocupaţiile, starea sa mintală nepunându-l în dificultate în ceeace priveşte funcţiunea relativ importantă ce ocupă.

Obs. 2. Pacientul P. L. mecanic C. F. R. de 31 ani. Intrat în Serv. IV la 9 Februarie 1938, vine înn Serviciu cu cefalalgie diurnă şi nocturnă, cu scăderea memoriei, cu apatie, scăderea capacităţei de lucru şi nesiguranţă în exercitarea profesiunei, depresiune, fobii diverse.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

Antecedente personale: Neagă sifilisul. Soţia aparent sănătoasă; a avut un avort spontan; copii nu au.

După un examen neurologic, serologic şi psichic se institue malarioterapia (9 accese de febră terţă) urmată de Stovarsol Sodic 3 inj. pe săptămână (24 gr.) Pacientul face remisiune completă. Scrisul e bun. Este eliberat şi-şi reia ocupaţiile. Urmărit, remisiunea este perfectă.

Rezultatele noastre concordă cu acele ale autorilor francezi, *Sézary, Barbé, Marchand, Roger,* etc. şi ne permit să conchidem că introducerea Stovarsolului Sodic în tratamentul paraliziei generale a însemnat un progres real în terapeutica acestei afecţiuni.

BIBLIOGRAFIE

Le Livre du Diabetique. Hygiène — Régime — Traitement, par Louis Caillon. Médecin de l'Hôpital Thermal de Vichy. **Un volum de 184 pagini. Preţul 15 fr.** ***Collection „Le Livre du Malade".***

Autorul, în această lucrare, arată tot ce bolnavul trebuie să ştie pentru a ajuta acţiunea medicală, îndepărtând din textul său tot ce nu este practic şi în interesul bolnavului. Din această cauză lucrarea reprezintă o călăuză sigură, metodică şi uşoară care asigură diabeticului un regim într'adevăr eficace care-i permite să evite pericolele constante la cari este expus. Medicul va fi uşurat în misiunea sa pentru prescripţiunile tuturor detaliilor minuţioase de regim şi bucătărie.

Nou !
Anertan
Hormon masculin
percutanat

ANERTAN-ŐL

(NUME DEPUS)

(ANERTAN ULEIU)

pentru Fricțiuni!

Anertan se resoarbe foarte bine prin piele

dacă îl aplicăm disolvat într'un uleiu vegetal potrivit sub forma de fricțiuni. Raportul între aplicația intramusculară și percutanată este 1 : 2.

Anertan - Oel aplicat sub forma de fricțiune ne scutește de injecții, indicat mai ales pentru înlăturarea turburărilor neurasthenice și în impotență.

Anertan - Oel se aplică de preferință de 4 ori pe zi și anume câte 10 picături (= 1,25 mg. Anertan).

Anertan - Oel se găsește în comerț în flacoane de 10 g cari conțin 50 mg de propionat al testosteronului. 1 g = 40 picături.

Mostre medicale la cerere.

Prețul pentru public: Flacon original cu 10 g cca. Lei 350.–

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim - Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

An. 4 rum. 3299 V.—C. R. 25578.

NOTE PE MARGINEA CĂRȚILOR

Dr. G. Banu: L'Hygiene de la Race

Etude de Biologie héréditaire et de normalitation de la race.
Un volum de 400 pag. Masson et C-ie Editeurs Paris.

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Noua lucrare a *D-rului Banu* asupra *Igienei rasei*, aduce nu numai contribuția unui specialist de reputație europeană, într'o problemă de mare actualitate. Ea realizează o operă cu mult mai importantă și cu mult mai utilă atât științei cât și vieții sociale: Cartea D-rului *Banu* clarifică problema în ansamblul ei și sistematizează mijloacele prin cari societatea organizată este obligată să intervină pentru realizarea pe plan social, a celor mai importante comandamente ale științei contemporane.

Lucrarea aceasta, de mari proporții, va însemna o etapă luminoasă în evoluția Igienei rasiale. Pentru a fi complect informat, autorul a cercetat tot ceiace s'a scris și tot ceiace s'a realizat în acest domeniu.

Bazat pe un material vast, având personal o mare experiență în câmpul Igienei sociale, dotat cu un spirit critic pătrunzător și cu un remarcabil elan creator, *D-rul Banu* a reușit să facă o lucrare de sinteză de o excepțională valoare.

Pentru ca cititorul să fie informat, cel puțin în trăsături generale, asupra acestei cărți, vom da, în rândurile cari urmează, un rezumat succint al ideilor fundamentale pe cari *D-rul Banu* le desvoltă în lucrarea sa.

Igiena rasei este considerată ca una din componentele *biologiei* rasiale, alături de anatomia, fiziologia și patologia rasei. Aplicând acestei mari entități — care e rasa — achizițiile igienei sociale, se urmărește de fapt punerea în lucru a unei totalități de mijloace capabile de a modifica în bine însușirile fizice și mintale ale generațiilor consecutive. Astfel fiind, igiena rasei transpune într'un cadru mai vast și cu posibilități de acțiune mai eficace, obiectivele eugeniei.

* * *

Practic vorbind, și considerând realitățile așa cum se desprind din structura oricărei colectivități omenești, igiena rasei are un întreit obiectiv: a) *să reducă numericește grupul disgenicilor*, gamă variată de sub valori mergând până la non-valori totale; b) să menție la *un procent cât mai ridicat massa indivizilor normali* (massa validă, capabilă de randament normal); c) să stimuleze micul grup al *supra-dotaților*, valori superioare, cari promovează progresul națiunii.

* * *

Autorul posedă prea mult experiența problemelor medico-sociale în general, pentru a nu ști că realizarea obiectivelor de mai sus, trebuie ferită de orice empirism. Succesul e condiționat de măsura în care se pornește dela *baza strict științifică și documentară*, a problemelor considerate.

Acesta e temeiul care justifică amploarea dată studiului *situației cantitative și calitative a populațiilor* globului. Inainte de a aplica măsuri de redresare, trebue bine cunoscută structura «materialului» omenesc, căruia principiile eugenice vor avea să-i servească.

Ori, în interiorul fiecărui popor, se desfășoară — pe mari perioade de timp — un anumit «joc» între cei doi factori: natalitatea și mortalitatea, joc condiționat de o sumă de determinanți biologici, economici, morali și culturali, pe cari autorul îi studiază amănunțit. Rezultatul final al acestui proces demografic, este o *anumită structură pe grupe de vârstă*, variabilă dela națiune la națiune, dar putând fi readusă la 3 scheme fundamentale:

1. Grupul *popoarelor tinere* sau progresive, la care proporția de tineret e mare (35% — 40% din populația globală), acea a adulților în jurul lui 50%, iar proporția bătrânilor (peste 50 ani) e redusă la 10%—15%.

2. Grupul popoarelor *staționare*, la cari fragmentul tineretului e mai redus (25% — 30%), în schimb crescând proporția indivizilor trecuți de 50 ani (15% — 20%).

3. Grupul popoarelor *bătrâne* sau de tip *regresiv*, la care fragmentul de tineret scade la minim (20% — 25%), pentru ca proporția bătrânilor să devie covârșitoare (20% — 25%).

Ne-am mulțumit să punem în evidență numai această parte esențială din vasta sistematizare pe care o face d. *dr. Banu*. Dela această schemă, într'adevăr pornesc — pe bază precisă și rațională — toate măsurile de eugenie *cantitativă*, urmărind în primul rând stimularea grupului tânăr al populației, «rezervorul» de energii și totdeodată fragmentul cel mai accesibil unei politici demografice *dirijate*.

Expunerea d-lui *dr. Banu*, la acest capitol, rămâne una din cele mai complecte cari s'au făcut în literatura universală, căci — pe bază de tablouri și scheme — e analizată evoluția *fiecărei* națiuni și sunt trase concluziile cari se impun.

Trecând la eugenia *calitativă*, autorul stăruie cum e și firesc, asupra mecanismului *eredității*. Tocmai pentru că, în ce privește biologia eredității s'a scris atât de mult, o sinteză și triare în acest domeniu e extrem de dificilă. D. dr. Banu a învins această dificultate, alegând schemele cele mai expresive de transmisiune ereditară la *disgenicii* cari constitue în momentul de față balastul economic și social al națiunii. Mersul eredității în: debilitatea mintală congenitală, schizofrenie, psichozele ciclice, epilepsia ereditară, coreea ereditară și malformațiile corporale grave, e urmărit întru atât, întrucât pe deoparte ne poate arăta pierderile imense pe cari le suferă, națiunile cu întreținerea disgenicilor, iar pe de altă parte, ne justifică ceeace autorul numește atât de bine *măsurile de normalizare biologică*, în cadrul vast în care le concepe d-sa.

* * *

In aplicarea pe teren a principiilor unei discipline noui, există oricând pericolul «virării» în empirism. D. *dr Banu*, menținându-se constant pe linia ce și-a impus-o — dela începutul lucrării, consacră un capitol special *metodologiei* cercetărilor biologico-ereditare asupra grupelor de populație, și altul, *pregătirii medicului în* această direcție. Sunt capitole deschizătoare de vaste posibilități de acțiune, și pentru țara noastră.

* * *

Ceeace caracterizează *măsurile* menite să aducă redresarea biologică a unei națiuni, e varietatea lor. Ele *nu* relevă de o singură disciplină, cum ar fi de ex. medicina. E vorba de *un complex* de măsuri, la cari reprezentanții variatelor ramuri ale vieții obștești sunt chemați a colabora în cadrul unui plan prestabilit.

Sistematizarea, pe care o face d. *dr. Banu*, la acest capitol, mărește valoarea cărții și va rămâne desigur îndreptar pentru acțiunile cari și la noi și în alte părți, nu vor întârzia să pornească.

De aceea redăm gruparea metodelor de lucru, așa cum o face autorul:

Măsuri cu caracter social: certificatul medical prenuptial; controlul preventiv al nașterilor; lupta contra metisajului și a consanguinității.

Măsuri biologico-sociale: studiul științific al eredității; segregarea; sterilizarea preventivă.

Măsuri de igienă socială, în special combaterea tuberculozei, a bolilor venerice și a alcoolismului.

Măsuri economice, fiscale și sociale: împrumuturile pentru favorizarea căsătoriilor, ușurări de impozite pentru familiile numeroase, case de asigurări familiale, ajutoare pentru copii.

Măsuri educative și de propagandă: educația părinților și livretul sanitar individual.

Măsuri de igienă mintală: legi şi dispensare de igienă mintală.

* * *

După cum se vede din acest scurt rezumat, în cartea D-rului Banu, este studiat un program complect de acţiune, întrucât autorul înţelege să transpună în realităţi tangibile şi eficiente, doctrina la făurirea căreia D-sa a adus o contribuţie atât de originală şi de importantă.

Apariţia acestei lucrări are o deosebită importanţă atât pentru organizarea noastră internă, cât şi pentru lămurirea generală a unei probleme care preocupă lumea contemporană de pretutindeni.

Pentru organizarea internă,—se studiază în cadrul vast al concepţiilor ştiinţifice actuale, problemele rasiale şi de igienă socială ale ţării noastre.

In modul acesta, sănătatea, vitalitatea şi capacitatea de lucru şi de evoluţie a poporului nostru, probleme naţionale de primul ordin, — sunt studiate şi prezentate cu documentarea ştiinţifică şi cu obiectivitatea care exclude orice controversă.

De aceea sociologul, medicul şi omul de stat, care aprofundează problemele de care se ocupă această lucrare, nu poate ajunge decât la o singură concluzie: Trebue să trecem, cât mai repede, la reforme curagioase cari să asigure desvoltarea fizică şi spirituală a poporului nostru, dotat cu atâtea însuşiri superioare.

Dacă adăogăm că în lucrarea *d-rului Banu* se găseşte, pe lângă cercetarea acestor chestiuni şi un studiu aprofundat al soluţiunilor, vom înţelege şi mai bine, importanţa acestei opere.

Pentru ştiinţa europeană, lucrarea d-rului Banu are o foarte mare importanţă. Fiind scrisă în limba franceză este accesibilă cercetărilor din toată lumea. In special în Franţa, unde problemele rasiale au fost mai puţin studiate în ultima vreme, această lucrare de ansamblu — scrisă de un specialist recunoscut, — a stârnit un interes deosebit.

Faptul că lucrarea este scrisă de un autor *român*, complect informat asupra concepţiilor actuale, la făurirea cărora oamenii de ştiinţă germani, au luat o parte atât de importantă, constitue principial, o garanţie de obiectivitate pentru specialiştii de pretutindeni. Iar când vor citi cartea, scrisă cu un spirit critic remarcabil, vor vedea că au în faţă o operă de adevărată şi înaltă ştiinţă.

Incheind, vom spune că *d-rul Banu* a realizat o carte de mare importanţă, care va fi citită şi consultată în toată lumea, cu mare interes.

In acelaş timp, sperăm că lucrarea sa va avea darul ca să stimuleze şi să ajute în ţara noastră, — promovarea problemelor pe cari le expune şi pentru rezolvarea cărora aduce soluţiuni atât de bine studiate.

BIBLIOGRAFII

Documenta Ophthalmologica. Synthèses scientifiques d'Ophtalmologie. Volume I. Comité Directeur: **Fr. H. Alder** (Philadelphia), **P. Bailliart** (Paris), **Sir St. Dukeelder** (London), **F.-P. Fischer** (Utrecht), **Ragnar - Granit** (Helsingfors), **S. Hecht** (New-York), **L. Heine** (Kiel), **A. Magitot** (Paris), **G. Wald** (Cambridge. Mass.), **H.-J.-M. Weve** (Utrecht). Directeur: **A. Juhasz-Schaeffer** (Milan). *Masson et C-ie, éditeurs.* Libraires de l'Académie de medecine. 120. Boulevard Saint-Germain, 120 — Paris. Un volum de 482 pagini cu 28 figuri 250 fr.

Creind «Documenta ophtalmologica, autorii au fost animaţi de dorinţa să evite supraproducţia şi diseminarea de care este ameninţată literatura ştiinţifică.

«Documenta ophtalmologica» tratează sub formă de monografii chestiuni de actualitate oftalmologică.

Aceste vederi de ansamblu asupra unor probleme cari au fost rezolvate într'o oarecare măsură, aduc fapte şi rezultate. Ele sunt un auxiliar pentru experimentator şi practician ca şi o operă de punere la punct întemeiată pe documentarea întregei literaturi. Aceste monografii sunt un compliment viu şi recent al bibliotecei specialistului.

Les acides aminés en Phtisiothérapie, par Dani Hervouet. Volum de 140 pagini. Preţul 15 fr. *(Edition Maloine).*

Această lucrare conţine majoritatea comunicărilor făcute de *Dr. Hervouet,* creatorul Oxyaminoterapiei. In afară de aceste lucrări cari au ajuns prin etape la realizarea acestei terapeutici fiziologice originale, se va citi cu interes mai multe monografii, între altele «Allergia înaintea statisticei», critică riguroasă a Doctrinelor Ortodoxe, dintre cari unele recente de specialitate au arătat justeţea şi profunzimea şi «Sensibilizarea, Paradox al imunităţei, explicaţiunea biologică pe cât de raţională pe cât de luminoasă a motivelor evoluţiunei maladiilor.

Le corps jaune, étude biologique, clinique et thérapeutique, par H. Simonnet, Professeur à l'École N-le Vétérinaire d'Alfort. Chef du laboratoire de physiologie du Centre de prophylaxie mentale de la Seine et **M. Robey,** Interne des Hôpitaux de Paris. Préface de **L. Portes.** Un volum de 172 pagini cu 19 figuri 50 fr. *Masson et C-ie, éditeurs,* Libraires de l'Académie de Médecine. 120, Boulevard Saint-Germain 120, Paris. Un volum de 172 pagini cu 19 figuri, 15 fr.

Autorii au voit, în această monografie, să prezinte starea actuală a endicrinologiei corpului galben care ocupă printre ele glandele cu secreţiune internă un loc special. Este curios de remarcat că, considerată primitiv ca singură formaţie endocrină a ovarului, corpul galben, azi rolul i-a fost răpit în mare parte de foliculul ovarian.

Concepţiunea actuală pune în evidenţă sinergia şi uneori antagonismul dintre aceste două formaţiuni. Această concepţiune este desvoltată de către autori sprijinindu-se pe învăţămintele bio-chimice, fiziologice şi clinice actuale. Numărul şi importanţa faptelor evocate în această lucrare cât de mult au evoluat concepţiunile noastre în această materie. O mare parte îi este atribuită diagnosticului turburărilor funcţiunei luteinice ca şi aplicaţiunilor terapeutice.

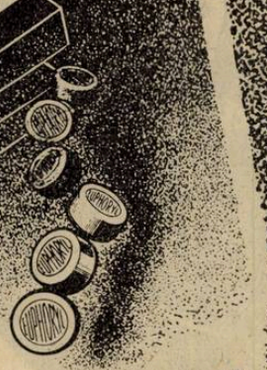
Se va permite unui obstretician, scrie profesorul agregat Portes în prefaţa acestei lucrări, să constate cu plăcere că autorii au făcut, în studiul lor asupra fiziologiei corpului galben, cea mai mare parte a stărilor gravidice. Au avut dreptate căci fiziologia organelor genitale în repaos nu prezintă într'adevăr interes decât în măsura în care explică activitatea lor.

Exposés annuels de Biochimie Médicale publiés sous la Direction de **Michel Polonovski,** Professeur de Chimie médicale à la Faculté de Médecine de Paris. Première série par **MM. E. Aubel, E.-J. Bigwood, P, Boulanger, P. Fleury, Ch.-O. Guillaumin, M. Javillier, M. Machebœuf, M. Polonovski, Ch. Sannié, R. Wurmser et R. Wolff.** *Masson et C-ie, éditeurs.* Libraires de l'Académie du Médecine. 120. Boulevard Saint-Germain, 120 — Paris. Un volum de 168 pagini 75 fr.

In acest volum se află colecţionate primele conferinţe ale învăţământului complimentare de Chimie medicală la Facultatea de Medicină din Paris, corespunzând unei priviri generale în toată activitatea biochimică.

Dela studiul biocatalizoarelor (vitamine, hormoni, diastaze, compuse cancerigene) şi a technicelor moderne de absorbţiune cari sunt la baza cercetărilor lor, la mecanismul reacţiunilor de oxidare şi la noţiunea de potenţial de oxido-reducţiune, de la studiul constituanţilor plasmei sângelui (amoniemie, proteidele şi lipidele serului) la metabolismul calciului, a glicogenului, a organismului canceros în general, toate chestiunile tratate interesează în primul rând pe medic şi pe fiziologist. Ele au fost alese pentru interesul lor, desvoltate înaintea lor.

EUPHORYL



DERMATOSE
PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI
CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, AV^e DAUMESNIL, P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS

ANA
PARIS

Lirudinase

(DRAGELE)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare.

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORREE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS

Salicylate SURACTIVÉ "ANA"

SALICILAT DE SODIU
în combinaţie
CALCO-MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT

32 gr.
SALICILAT de SODIU
SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
1-2 linguriţe de cafea sau 20 de picături = 1 gr. Salicilat = de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism — ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS, XIIe

Paul ILUTZA, 23, Srada OLARI — BUCUREŞTI, IV

Pentru hematopoeză și accelerarea vindecării

Flacoane originale cu aprox. 160 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

Silicyl

Medicațiunea de BAZĂ și de REGIM a Stărilor Arteriosclerotice și a Carențelor Silicioase.

PICĂTURI: 10 până la 20 la doză
COMPRIMATE: 3 până la 6 pe zi
FIOLE 5cm³ intravenoase: la fiecare 2 zile

PYRÉTHANE

PICĂTURI
25-50 de repetat — 300 pe zi
Fiole A - 2 cm³ Antitermice
Fiole B - 5 cm³ Antinevralgice

Antinevralgic Puternic

Laboratoires CAMUSET, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris

Exclusivitate generală pentru România:
DROGUERIA STANDARD» S. A. R. București I, Str. Sft. Ionică 8.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noui dispoziţiuni asupra susţinerei tezei de doctorat la Facultatea de Medicină din Bucureşti

Consiliul Facultăţii de medicină din Bucureşti, a luat următoarele dispoziţiuni cu privire la lucrarea, prezentarea şi susţinerea tezelor de doctor în medicină şi chirurgie la această facultate.

1. Cu cel puţin 3 luni, înainte de prezentarea tezei şi a concluziilor, candidaţii sunt obligaţi să înainteze Decanatului o petiţie prin care să se arate *subiectul ales pentu teză*, serviciul sau laboratorul în care înţeleg să o lucreze, precum şi numele d-lui profesor ce urmează să prezideze juriul examinator.

Pe această petiţie d. profesor Preşedinte, va confirma, în scris, că i s'a adus la cunoştinţă şi că este, cu totul, de acord asupra subiectului ales de candidat.

Candidaţii, a căror teze vor fi lucrate în institute sau laboratoare neaparţinând Facultăţii de Medicină, sunt obligaţi ca în acelaş termen când să se prezinte la d. profesor, pe care înţeleg să şi-l aleagă ca preşedinte, să-i aducă la cunoştinţă subiectul şi planul de lucru şi să-l ţină apoi, în curent — în mod regulat — cu lucrările ce le va efectua.

Nici o concluzie de teză nu va fi aprobată de Decanat mai înainte de a se scurge acest termen, de cel puţin trei luni, dela data când s'a înregistrat petiţia, mai sus amintită, la registratura Facultăţii.

2. La terminarea lucrărilor, manuscrisul tezei va fi prezentat — în întregime — d-lui Profesor — preşedinte, care după ce îl va cerceta şi îşi va da avizul, prin concluziuni scrise, îl va trimite decanatului.

Teza nu va fi tipărită decât după ce se va obţine aprobarea d-lui Profesor — preşedinte al tezei şi al decanului Facultăţii.

3. Susţinerea tezei va consta dintr'o expunerea orală — făcută de candidat privind lucrarea prezentată — şi dintr'un colocviu, juriul (atât preşedintele cât şi cielalţi membri) fiind în drept de a pune diferite întrebări, în legătură cu subiectul tezei şi la cari candidatul este ţinut să răspundă în mod satisfăcător.

La darea rezultatului se va ţine seama atât de lucrarea prezentată ca teză cât şi de expunerea orală şi de răspunsurile date de candidat.

4. Prezentele dispoziţiuni intră în vigoare începând dela data de 15 Martie 1939.

Al treilea Congres Naţional de Radiologie şi Electrologie Medicală

Al treilea Congres Naţional de Radiologie şi Electrologie Medicală, se va ţine în zilele de 28, 29 şi 30 Mai 1939, la Iaşi. Congresul acesta ca şi congresele precedente, înseamnă manifestarea ştiinţifică a radiologiei şi electrologiei româneşti, arătând progresul şi munca românească pe acest teren.

Pe lângă partea ştiinţifică în congresul acesta, se vor introduce pentru prima oară şi desbaterile profesionale; desbateri imperios cerute de necesităţile vremii.

Pentru asigurarea bunei reuşite a acestui congres, comitetul organizator se adresează colegilor din ţară, rugându-i a lua parte şi a contribui prin comunicări ştiinţifice, care să asigure succesul deplin al acestui congres.

Programul ştiinţific al congresului este următorul:

1. Roentgenterapia în arachnoidite: *Prof. Dr. D. Negru.*

2. Studiul comparativ asupra acţiunei biologice a razelor Gama şi röntgenterapiei profunde de mare voltaj (600.000—1.000.000 volţi): *Prof. agr. Dr. G. Severeanu* şi *Dr. A. Edelstein.*

3. Radioterapia funcţională: *Prof. Dr. Em. Radu, Dr. Eugen Andronescu* şi *Dr. Gh. Costin.*

4. Radiodiagnosticul în tumorile o soase maligne (primitive şi secundare): *Docent Dr. I. Jovin.*

5. Chimografia: *Conf. Dr. E. Lăzeanu.*

6. Diverticolii duodenali. Studiu clinic şi radiologic: *Dr. Marius Hângănuţ* şi *Dr. Tiberiu Spârchez.*

In afară de chestiunile care formează subiectul rapoartelor anunţate, d-nii membrii ai congresului vor putea face comunicări şi cu alt subiect decât cel la ordinea zilei.

Anunţarea comunicărilor se va face până la 1 Aprilie 1939, iar primirea lor la secretariatul congresului cel mai târziu până la data de 15 Aprilie 1939. Comunicările vor fi însoţite de un rezumat, scris la maşină, în dublu exemplar. Biroul congresului îşi rezervă dreptul de a selecţiona comunicările anunţate.

Lucrări publicate anterior nu se admit.

Taxa de înscriere la congres: 300 lei pentru membrii activi şi 100 lei pentru membrii asociaţi (soţie, copii majori), va fi înaintată prin mandat postal până la 1 Aprilie 1939 casierului: Dr. Alice Volanski, Iaşi, str. Uzinei No. 38.

Preşedinte al Congresului va fi d-l *Prof. Dr. E. Radu*, iar secretar general d-l *Dr. Gh. Costin* (Str. Vovideniei 12, Iaşi).

Reorganizarea şi noul comitet al «Societăţii medicale a spitalelor din Bucureşti

Miercuri, 15 Martie a. c., a avut loc adunarea generală a «Societăţii medicale a spitalelor din Bucureşti», pentru modificarea statutelor şi regulamentului, raportor fiind d. prof. dr. N. Lupu.

In noua organizare pe lângă secţiunea de Medicină Internă se creiază alte două secţiuni: secţia de terapeutică şi secţia de Anatomie Patologică.

In aceeaş şedinţă s'a ales comitetul, conform noului statut şi regulament, în vigoare, în forma următoare:

Preşedinte prof. dr. Daniel Danielopolu.

Vice-preşedinţi prof. dr. D. Dumitrescu-Mante, prof. dr. Gheorghe Băltăceanu, prof. dr. Emil Crăciun.

Secretar general prof. dr. N. Gh. Lupu.

Casier dr. Constantin Vasilescu.

Bibliotecar dr. Henry Aubert.

Secretari de şedinţă d-ra dr. Ripsimia Papazian, d-ra dr. Suzana Petrescu, d. dr. Ştefan Chisăr, d. dr. S. Ciorapciu.

Cum se va desfăşura noua campanie sanitară

La 15 Martie a început noua campanie sanitară, întreprinsă de titularul departamentului sănătăţii, d. general dr. *N. Marinescu.*

Intreaga acţiune pe care ministerul sănătăţii şi-o propune pentru anul 1939, urmează să se încadreze în mai multe etape:

1. Prima etapă, între 15 Martie şi 15 Aprilie, este consacrată tuturor pregătirilor necesare în vederea activităţii ce intenţionează a se desfăşura.

O propagandă bine susţinută prin conferinţe referitoare la igiena individuală, alimentaţiune, locuinţă, sub toate aspectele ei (orientare, aşezare, compunere şi întrebuinţare) şi creşterea copiilor, conferinţe ce urmează să se ţină de către personalul medical existent pe tot cuprinsul ţării, în centrele rurale, unde sunt spitale rurale şi unde se vor aduce, prin îngrijirea autorităţilor, locuitorii mai multor sate la un loc, se va organiza prin îngrijirea medicilor primari de judeţe.

Cu concursul căminelor culturale şi acolo unde nu există cămine, cu concursul administraţiunii şi al reprezentanţilor diferitelor departamente, se va căuta să se încadreze acţiunea în obiceiul deja existent în poporul nostru, ca în preajma sărbătorilor Paştilor să se facă o revizuire completă de igienă şi salubritate a gospodăriilor, stabilindu-se pentru ultima săptămână din luna Martie o săptămână a igienei, în

care, sub supravegherea factorilor sanitari, se va proceda la o minuţioasă acţiune de îndemn, de educaţiune şi de realizare a acestei igiene şi salubritate a gospodăriilor şi a oamenilor, şi de asanarea satelor şi oraşelor.

2. A doua etapă, între 15 Aprilie şi 31 Mai, echipe sanitare, formate din medici stagiari şi personal sanitar auxiliar aflat pe zonă, vor acţiona, după aceleaşi instrucţiuni şi norme date de minister, după un program stabilit şi anunţat anterior, controlând şi punând la punct evidenţa sanitară pe anul în curs, stabilind cazurile de boale sociale, întocmind şi completând fişele de gospodărie, verificând îndeplinirea lucrărilor de salubritate, ce trebuiau să fie executate de anul trecut şi până în anul acesta, iar la nevoie întocmit programul pentru viitor.

Paralel cu această activitate, vor concura la profilaxia boalelor contagioase şi la profilaxia şi tratamentul boalelor sociale, alături de personalul sanitar de stat, aflat pe teritoriu.

Lucrările fiecărei echipe vor fi consemnate zilnic prin procese verbale, înscrise în registrul respectiv, procese-verbale ce vor trbeui să evidenţieze întreaga activitate a echipei.

3. A treia etapă se va desfăşura în tre 1 Iunie şi 1 Octombrie, în care, prin îngrijirea medicilor primari de judeţ echipele formate din medici stagiari vor acţiona separat după felul şi numărul boalelor sociale aflate în judeţ, în care scop vor utiliza toate datele aflate la organele sanitare locale, toate puse la punct în cursul activităţii echipelor din a doua etapă.

Dela 1 Septembrie până la 1 Octombrie se va concentra o activitate deosebită, privind aplicarea de măsuri de igienă şi de profilaxie cât se poate mai complete în zona desemnată manevrelor.

4. Dela 1 Octombrie până la 30 Noembrie activitatea întregului corp medical se va concentra asupra elementului şcolar, iar ultima săptămână din Noembrie va fi din nou o săptămână a igienei, cu care ocaziune se va face din nou o revizuire a igieniei şa salubrităţii gospodăriilor.

In afară de această acţiune sanitară executată cu personalul sanitar aflat în stagiul militar şi completată cu elemente luate dela diferite formaţiuni sanitare, întreaga activitate a aparatului sanitar de stat va fi cât se poate mai mult îndreptată în direcţiunea igienei şi profilaxiei, căutând să se realizeze în massa mare a populaţiunii româneşti un mediu de vieţuire cât mai favorabil desvoltării fireşti şi normale a poporului nostru şi cât mai puţin favorabil realizării condiţiunilor care stânjenesc şi-i ameninţă viaţa.

O cercetare şi continuă orientare a condiţiunilor de viaţă a poporului, mai ales în mediul rural şi o intervenire cât mai promptă şi mai apropiată pentru a se îndrepta şi remedia toate obstacolele ce se pun unei bune stări sanitare, este singurul mijloc cu care putem să pregătim şi să realizăm rezultatele cele mai favorabile, referitoare la sănătatea noastră a tuturor.

In anul acesta ministerul sănătăţii îmbrăţişează cu un deosebit interes chestiunea alimentării cu apă a mediului rural şi în acest scop a şi pus la dispoziţia ţinuturilor sumele necesare pentru înfăptuirea a cca 1.000 de fântâni igienice şi sistematice în întreaga ţară, aceasta pentru un început, început care se va adresa în primul rând comunelor, în care în cursul anului trecut au fost epidemii de febră tifoidă sau dizenterie ,pentru ca odată aceste fântâni realizate, să putem pe deoparte oferi locuitorilor apă bună de băut, iar pe de altă parte să putem să închidem şi să desfiinţăm vechile fântâni, cauza atâtor boale şi nenorociri.

Deasemeni, o problemă care preocupă ministerul este aceea a înfiinţării sau susţinerii de brutării în mediul rural, mai ales în satele, în cari pelagra a făcut progrese îngrijorătoare şi a adus atâtea victime.

Alături de această preocupare, trebue ca personalul sanitar de stat, cu concursul autorităţilor, să convingă şi să împiedece ţărănimea de a planta şi cultiva vita de vin terasă, până la găsirea soluţiunii desfiinţării ei pe toată suprafaţa ţării noastre, singura măsură eficace şi atât de importantă în profilaxia alcoolismului şi urmărilor lui.

Pentru tratamentul guşii se vor face înlesniri necesare în scop de a se asigura procurarea de sare iodată, pe regiunile stabilite.

Preocuparea insistentă de a face ca fiecare ţăran să-şi sădească în ograda lui zarzavatul necesar alimentaţiunii, va trebui să fie o acţiune pozitivă în cursul acestui an.

Alături de această acţiune de igienă şi profilaxie şi pe tot timpul anului, întreg personalul medical va trebui, ca, într'un efort comun, să continue opera atât de valoroasă şi atât de bine primită a echipelor de specialişti, cari, în ciuda tuturor greutăţilor întâmpinate, au afirmat un suflet, au adus cel mai mare sprijin sănătăţii şi au creat acea mentalitate plină de interes a ţărănimii noastre, pentru îngrijirea sănătăţii ei.

Exeperienţa făcută în anul trecut a stabilit normele de procedare, a creat drumuri de înfăptuiri şi ne-a pus în faţa unei realizări, a căror valoare nu va putea diminua, decât dacă s'ar renunţa la tot ce s'a făcut până acum.

In anul acesta, ministerul îşi propune a da o deosebită atenţiune concentrării tuturor forţelor sanitare în 10 judeţe: Maramureş, Turda, Caraş, Argeş, Romanaţi, Constanţa, Cahul, Orhei, Iaşi şi Câmpulung, — aceasta în îndoitul scop:

1. De a putea completa aparatul de stat sanitar în măsura posibilităţilor bugetare şi a personalului sanitar superior şi inferior disponibil, prin organizarea cât mai completă a unei sau mai multe circumscripţii, după posibilităţi, de fiecare judeţ, şi

2. De a putea studia cât mai amănunţit problemele de medicină socială, care se pun în mod mai acut în aceste judeţe, de a stabili un program cât mai apropiat pentru profilaxia acestor boale şi pentru a realiza cât mai neîntârziat o ridicare a sănătăţii locuitorilor din acel judeţ.

Alături de aceste două scopuri urmărite, se va căuta să se dea dispensarelor, spitalelor rurale, preventorii, lor, sanatoriilor, spitalelor judeţene, laboratoriilor, etc. o organizare şi o întrebuinţare cât mai aproape de nevoi şi de realităţi.

Pentru realizarea acestei importante acţiuni, ministerul s'a adresat serviciului social, pentru ca în cadrul prevederilor legale şi cu sprijinul Fundaţiilor regale culturale să se realizeze o colaborare cât mai efectivă cu celelalte departamente, în scopul de a se creia în aceste judeţe circumscripţii sau plăşi model, care să servească în tot timpul pentru orientare restului judeţului în toate ramurile de activitate şi pentru ca să se evidenţieze care este binefacerea şi valoarea unei bune şi cât mai apropiate colaborări.

Cu concursul atât de preţios, pe care Academia de medicină l-a găsit necesar să-l ofere acestei înfăptuiri, prin hotărîrea care a luat-o, ca cei mai reputaţi specialişti ai ţării noastre, calificaţi pe probleme sociale, să ia suo conducere, să studieze, să supravegheze şi să dirijeze întreaga activitate a aparatului sanitar de stat, în direcţiunea studiului acestor probleme în cele 10 judeţe, este nu numai dovada interesului deosebit pe care, o asemenea înfăptuire o ridică, dar mai ales este mărturia unui ajutor prompt şi eficace pe care această înaltă instituţiune ţine să-l aducă în soluţionarea problemelor de ordin medico-social la noi în ţară şi deci pentru ridicarea şi apărarea sănătăţii poporului.

Ministerul apreciază că va găsi şi în anul acesta aceiaş participare a tuturor departamenetelor şi a instituţiilor de stat sau particulare la opera de colaborare la care apelează pentru continuarea acţiunii începută în anul trecut, ale cărei înfăptuiri nu se pot valorifica decât prin continuarea şi susţinerea ei.

Reconstituant energic

în Anemii

Debilitate

Convalescență

TONICUM-„Sapic"

SIROP

Arsen
Fier
Mangan
Cupru
Strichnină
Glicerofosfați

Fiind plăcut la gust e luat cu plăcere și de copii.

Pentru Calciterapie intensă.

GLUCO-CALCIUM „Sapic"

Soluție stabilă de 10% Gluconat de Calciu pentru injecții intramusculare și intravenoase.

Fiole de 5 și 10 cmc.

CALCINAT - „Sapic"

Tablete cu gust plăcut de ciocolată conținând fiecare 1,20 gr. Gluconat de Calciu.

LACTOCRESIN „Sapic"

Sirop pe bază de:

Gaiacol lichid
Lactofosfat de Calciu
Codeină
Tinct. de Aconit

Puternic desinfectant pulmonar

Calmant al tusei

Recalcifiant

Mostre și literatură trimite la cerere:

Departamentul științific

„SAPIC"

București VI, Strada Cazărmei No. 89.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Plantelor

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 şi 1000 unităţi internaţionale.

Fiole de 100 şi 20.000 unităţi internaţionale, în soluţie apoasă.

Fiole de 1000, 10.000 şi 50.000 unităţi internaţionale, în soluţie uleioasă.

Fiola de 20.000 U — deşi în soluţie apoasă — se poate injecta numai intramuscular.

Hormonul antehipofizar gonadotrop

GLANDUANTIN

Fiole şi tablete, titrate pe unităţi.

Fiole de 100 unităţi

Tablete de 150 unităţi

Remediul sigur al durerilor de orice natură:

Veropyron

pulbere şi tablete

Concursuri de medici secundari

Se aduce la cunoştinţa generală că va avea loc la Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale din calea Griviţei No. 64, Bucureşti, concursuri pentru ocuparea posturilor de medici secundari specialităţile chirurgie şi medicină internă pendinte de Direcţiunea Generală pentru ocrotirea şi ajutorarea personalului C. F. R., după cum urmează:

Marţi 30 Mai 1939, ora 9 a. m.

Chirurgie generală şi specialităţile chirurgicale:

1 post la serviciul de genito-urinare la spitalul C. F. R. No. 1 din Bucureşti;

1 post la serviciul ortopedic spitalul C. F. R. No. 2 Bucureşti;

1 post la serviciul neuro-chirurgie, spitalul C. F. R. No. 1 Bucureşti.

Luni 5 Iunie 1939, ora 9 a. m.

Medicină internă şi specialităţile de medicină internă:

1 post la Dispensarul de tuberculoză din Bucureşti;

1 post la Dispensarul de tuberculoză din Iaşi;

2 posturi la Sanatoriul de tuberculoşi «Cuza Vodă» Ruginoasa;

1 post la serviciul de boli interne spitalul C. F. R. No. 1 din Bucureşti;

1 post la serviciul de consultaţiuni de boli interne la policlinica C. F. R. Bucureşti;

1 post la serviciul Radiologic policlinica C. F. R. Bucureşti.

Au dreptul să se prezinte la aceste concursuri medicii cari îndeplinesc condiţiunile art. 7 şi 8 din regulamentul pentru recrutarea medicilor secundari de spitale, publicat în Monitorul Oficial No. 49 din 27 Februarie 1935.

Condiţiuni speciale

1. Candidaţii vor dovedi că au o practică de 2 ani ca medic.

Sunt scutiţi de această condiţiune preparatorii cu un an de funcţiune şi asistenţii clinicelor universitare, precum şi foştii interni prin concurs, cu stagiul complect al Eforiei Spitalelor Civile, ai Asezămintelor Brâncovenesti, ai Epitropiei Sf. Spiridon Iasi, foştii interni cu concurs din spitalele pendinte de Ministerul Sănătăţii şi foştii interni cu concurs ai Asistenţii publice din Franţa.

Concursul constă din următoarele probe:

Pentru chirurgie :

1. O probă scrisă compusă din două chestiuni: una de anatomie topografică şi alta de patologie chirurgicală, care se vor redacta în aceiaş şedinţă;

2. Două probe clinice de chirurgie;

3. O probă de medicină operatorie;

4. O probă referitoare la legile şi regulamentele de funcţionare ale Direcţiuni Generale O. A. P. C. F. R.

Pentru medicina internă:

O probă scrisă, constând din 2 chestiuni, una de patologie medicală şi una de fiziologie normală, cari se vor redacta în aceiasi sedintă.

Două probe clinice de medicină internă.

O probă practică de laborator (după chestionar).

O probă referitoare la legile şi regulamentele de funcţionare ale Direcţiunei Generale O. A. P. C. F. R.

Fiecare probă se apreciază cu nota 0-20.

Nota de admisibilitate este de cel puţin 15.

Nota se hotărăşte cu majoritatea membrilor comisiunii.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de lei 1.000 cu cel puţin 15 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Concurs de internat pentru Spitalele Ministerului Sănătăţei

Se aduce la cunoştinţa generală că în ziua de Luni 17 Aprilie 1939, la ora 9 dimineaţa, se va ţine la Bucureşti, în localul Ministerului Sănătăţii şi Asistenţii Sociale, concurs pentru ocuparea următoarelor posturi de interni vacante la spitalele Ministerului şi anume:

1 post la spitalul din Sebeş Alba.
1 post la spitalul din Abrud.
4 posturi la spitalul din Central Arad.
1 post la spitalul de copii din Arad.
2 posturi la Institutul Obstetric Arad.
1 post la Centrul de ocrotire Arad
5 posturi la spitalul Oradea-Bihor.
1 post la centrul de ocrotire Oradea.
1 post la spitalul alienaţi Oradea Bihor.
1 post la spitalul din Beiuş Bihor.
1 post la spitalul de ochi Braşov.
6 posturi la spitalul Gr. Mârzescu Braşov.
1 post la spitalul de contagioşi Braşov.
1 post la spitalul Dr. Sion Constanţa.
2 posturi la sanatoriul TBC Osoasa Mangalia Constanţa.
1 post la centrul de ocrotire Galaţi Covurlui.
1 post la spitalul Câmpulung Moldovenesc.
4 posturi la spitalul Regele Carol II-lea Cernăuţi.
1 post la institutul şi Azilul Antirabic Cernăuţi.
2 posturi la spitalul Ginecologic şi Maternit. Cernăuţi.
1 post la centrul de ocrotire Cernăuţi.
2 posturi la spitalul Oravita-Caraş.
3 posturi la spitalul Ortopedic Regina Maria Cluj.
1 post la institutul şi Azilul Antirabic Cluj.
2 posturi la institutul Cancer Cluj.
2 posturi la Centrul pentru ocrotirea copiilor Cluj.
2 posturi la spitalul epidemic Cluj.
1 post la spitalul Mociu Jud. Cluj.
1 post la centrul pentru ocrotirea copiilor Craiova.
1 post la spitalul Făgăraş.
1 post la spitalul Deva Hunedoara.
1 post la sanatoriul T. B. C. Geoagiu Hunedoara.
4 posturi la Spitalul Dr. I. Cantacuzino şi la spitalul central de boale mintale din Bucureşti.
4 posturi la spitalul de contagioşi Chişinău.
1 post la centrul pentru ocrotirea copiilor Chişinău.
1 post la spitalul Sighetul Marmaţiei Maramureş.
2 posturi la spitalul Tg. Mureş.
1 post la centrul pentru ocrotirea copiilor Tg. Mureş.
1 post la spitalul din Bistriţa Neamţ.
1 post la spitalul din Odorhei.
1 post la spitalul din Orhei.
1 post la spitalul din Satu Mare.
1 post la spitalul din Zalău Sălaj.
2 posturi la spitalul din Lugoj-Severin.
5 posturi la spitalul din Sibiu.
3 posturi la spitalul de boli mintale Sibiu.
1 post la spitalul din Dej-Someş.
1 post la spitalul din Storojineţ.
1 post la spitalul din Suceava.
2 posturi la spitalul Prof. T. Gane Sighişoara T-va Mare.
1 post la spitalul din Mediaş.
1 post la spitalul din Rupea Cohalm T-va Mare.
1 post la spitalul din Turnu Măgurele-Teleorman.
1 post la spitalul din Tighina.
1 post la spitalul din Sft. Gheorghe-Trei Scaune.
2 posturi la spitalul din Turda.
1 post la spitalul din Timişoara.
1 post la spitalul de copii Timişoara.
1 post la spitalul epidemic Timişoara.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs:

1. Externii în medicină prin concurs ai spitalelor din Centrele Universitare, având cel puţin 2 ani de stagiu ca extern;

2. Absolvenţii Facultăţilor de medicină.

Odată cu cererea de înscriere se vor prezenta şi certificatele de activitate din partea şefilor serviciilor unde a funcţionat ca extern.

Concursul constă din trei probe şi anume:

a) o probă scrisă tratând două chestiuni, una de anatomie şi una de fiziologie;

b) o probă orală de patologie internă;

c) o probă orală de patologie externă.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze cererile lor însoţite de acte, Ministerului Sănătăţii şi Asistenţii Sociale, până în ziua de 6 Aprilie 1939.

Regulamentul complect al concursului este publicat în Monitorul oficial cu No. 45 din 22 Februarie 1935.

Concursuri de medici specialişti la Spitalele şi Dispensarile C. F. R.

Se aduce la cunoştinţa generală că în lunile Mai şi Iunie 1939, va începe în Bucureşti la Ministerul Sănătăţii, Calea Griviţei Nr. 64 concursurile pentru ocuparea posturilor de medici, vacante la spitalele şi ambulatoriile pendinte de Direcţiunea G-rală pentru ocrotirea şi ajutorarea personalului C. F. R. şi anume:

Specialitatea stomatologie

Miercuri 17 Mai 1939 ora 9 a. m.

1 post de medic la Serv. Stomatologic al spitalului C. F. R. Simeria.

1 post de medic la serv. stomatologic al Policlinicei C. F. R. Iaşi.

1 post de medic la serv. stomatologic, policlinica C. F. R. (ambulat. Cernăuţi).

Specialitatea chirurgia tuberculozei osoase şi pulmonare

Sâmbătă 20 Mai 1939, ora 9 a. m.

1 post de medic la serv. chirurgie osoasă şi pulmonară al Sanatoriului de tuberculoză «Cuza Vodă Ruginoasa».

Specialitatea otorinolaringologie

Miercuri 24 Mai 1939, ora 9 a. m.

1 post de medic la serviciul de nas, gât şi urechi al Policlinicei C. R. Galaţi.

1 post de medic la serv. de nas gât şi urechi al ambulatorului C. F. R. Cernăuţi.

Specialitatea ginecologie-obstetrică

Sâmbătă 27 Mai 1939 ora 9 a. m.

1 post de medic de ginecologie şi obstetrică la policlinica C. F. R. Iaşi.

Specialitatea boli genito-urinare

Miercuri 31 Mai 1939 ora 9 a. m.

Un post de medic la serv. de boli genito-urinare la policlinica C. F. R. Galaţi.

Specialitatea radiologie-electrologie

Sâmbătă 3 Iunie 1939 ora 9 a. m.

1 post de medic la serv. radiologic al spit. C. F. R. Simeria.

1 post de medic la serv. radiologic al spit. C. F. R. Nr. 1 Bucureşti.

Specialitatea oculistică

Miercuri 7 Iunie 1939 ora 9 a. m.

1 post de medic la serv. oculistic al Policlinicei C. F. R. Galaţi.

1 post de medic la serv. oculistic al ambulatorului C. F. R. T. Severin.

1 post de medic la serviciul oculistic al ambulatorului C. F. R. Cernăuţi.

1 post de medic la serv. oculistic al policlinicei C. F. R. Nr. 1 Bucureşti.

Specialitatea dermatologie, sifilis şi boale venerice

Luni 12 Iunie 1939 ora 9 a. m.

1 post de medic la serv. de boli de piele, sifilis la policlinica C. F. R. Iaşi.

Specialitatea psihiatrie şi boale nervoase

Joi 15 Iunie 1939, ora 9 a. m.

1 post de medic la serv. de boale nervoase şi mintale la Policlinica C. F. R Nr. 1 din Bucureşti.

1 post de medic la serv. de boale nervoase şi mintale, Policlinica C. F. R Iaşi.

Specialitatea tuberculoză

Luni 19 Iunie 1939 ora 9 a. m.

1 post de medic la dispensarul T. B. C. al Policlinicei C. F. R. Galaţi.

1 post de medic la disp. T. B. C. al Policlinicei C. F. R. Iaşi.

1 post de medic la disp. T. B. C. al ambulatorului C. F. R. T.-Severin.

Specialitatea puericultură şi pediatrie

Joi 22 Iunie 1939, ora 9 a. m.

1 post de medic la secţ. de puericultură a Institutului de Maternitate «Regina Elisabeta» Bucureşti.

Au dreptul să se prezinte la aceste concursuri toţi cari îndeplinesc condiţiunile revăzute de art. 196 din legea sanitară şi de ocrotire şi condiţiunile speciale din legea pentru modificarea legii sanitare şi de ocrotire şi publicată în Monitorul Oficial al Nr. 164 din 19 Iulie 1934.

Candidaţii vor dovedi că au cel puţin 5 ani practică medicală şi un stagiu spitalicesc de cel puţin 3 ani în specialitatea pentru care se dă concursul.

Sunt dispensaţi de stagiu de 3 ani la concursul de chirurgie generală, şi medicină internă medicii cari au condus cel puţin 3 ani cu titlul definitiv un spital mixt.

Stagiul de practică medicală este redus la 3 ani pentru medicii interni cu concurs ai Eforiei Spitalelor Civile, dacă au funcţionat în mod efectiv cel puţin 3 ani.

Deasemenea sunt dispensaţi de stagiu spitalicesc de specialitate, medicii cari au diploma de specialitate emisă de facultatea de medicină în ramura respectivă.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări şi activitate în specialitate;

2. Două probe clinice pe doi bolnavi şi anume:

Pentru posturile de medicină internă un bolnav afectat de o boală internă şi de o boală infecţioasă epidemică.

Pentru posturile de chirurgie, doi bolnavi atinşi de o boală chirurgicală.

Pentru posturile de specialităţi, două probe clinice din specialitatea pentru care se concurează.

3. Două probe practice dintre cari:

Pentru chirurgie şi specilităţile chirurgicale:

a) O operaţie pe cadavru din specialitatea pentru care se concurează şi

b) O probă de anatomie patologică pe piese preparate pentru chirurgie generală şi specialităţile sale.

Pentru medicină internă şi specialităţile în legătură cu ea, două probe practice dintre care:

a) O probă de anatomie patologică şi

b) O probă de laborator (bacteriologie sau chimie biologică cu aplicaţie la clinică).

4. O probă referitoare la legile şi regulamentele de funcţionare ale Direcţiunei C. A. P. C. F. R.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii, Calea Griviţei Nr. 64 Bucureşti, cererile lor însoţite de acte şi suma de 2000 lei cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

pe piese preparate pentru chirurgie generală şi specialităţile sale.

BIBLIOGRAFII

Die Hämaturie und ihre Behandlung (Hematuria şi tratamentul său) von **Privatdozen Dr. Rudolf Chwala.** 1 vol. 64 pagini *Georg Thieme, Werlag,* Leipzig, 1939.RM 4,20 (cartonat) Reprezentant pentru România, librăria medicală, H. Welter, Sibiu str. Regina Maria.

Hematuria este un simptom extrem de important cu manifestări şi semnificaţii variate. S'ar putea spune că aproape nu există afecţiune a aparatului uro-genital, care să nu fie însoţită de acest simptom.

Pe dealtă parte, hematuria poate fi expresiunea unei boale somatice generale sau unei aşa zise diateze hemoragice. Medicul care îşi asumă tratamentul unui bolnav cu hematurie, trebuie să rezolve succesiv problemele următoare: diagnosticul pozitiv al hematuriei; depistarea sediului hemoragiei; diagnosticul etiologic; tratamentul adecvat; în sfârşit pronosticul.

Toate aceste etape logice de gândire medicală sunt expuse de autor într'un spirit de actualitate practică.

Schwangerschaftsunterbrechung aus urologischer Indikation. (Intreruperea sarcine din indicaţii urologice). von **Prof. Dr. B. Ottow.** 1 vol. 27 pag. *Georg Thieme, Werlag.* Leipig, 1939. RM. 1,90. (cartonat) Reprezentanţa pentru România, librăria medicală, *H. Welter,* Sibiu, str. Regina Maria.

O lucrare de ansamblu asupra indicaţiilor de întrerupere a sarcinei în afecţiunile aparatului urinar, nu exista până acum în literatură.

Profesorul *Ottow* (Berlin) şi-a propus să umple această importantă lacună, bazat pe o bogată experienţă personală.

In colecţia de monografii urologice, de sub conducerea prof. dr. *H. Boeminghaus,* autorul publică o broşură care constitue nu numai o expunere complectă a indicaţiilor urologice de întrerupere a sarcinei, ci şi o revizuire critică din cele mai oportune.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DIN PARIS

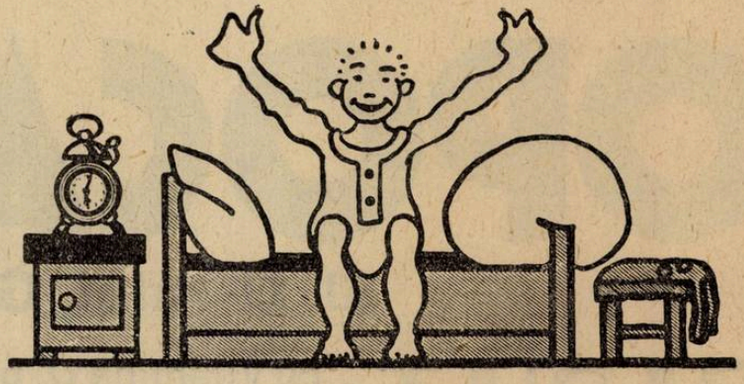
DOZA : 1 lingură de supă inainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard, Str. S F. Ionica 8. BUCAREȘTI

NOCTAL

DECI:

DEȘTEPTARE VIOAIE FĂRĂ TOROPEALĂ!



Hipnotic și sedativ foarte activ și totuși **lipsit de pericol.** Garantează acțiune rapidă și **degredarea complectă în scurt timp. Tentativele de sinucidere sunt fără urmări letale**

1914 125 ANI 1939

Dr. Riedel-Edelhaën A.G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK,

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu No. 6

AGOCHOLINE Dr ZIZINE

GRANULAT SOLUBIL

(cu sau fără mentă)

Peptonă uscată purificată + Sulfați de magnesie anhidră

COLECISTITELE CRONICE
CONGESTIA FICATULUI

Litiază biliară, Icter și Colemie

DISPEPSII REFLEXE, CONSTIPATIE, MIGRENE, AMETELI, ECZEME, MĂNCĂRIMI } de origină hepato-biliară

POSOLOGIE:

1-3 linguriţe de cafea dimineata pe nemâncate, intr'o jumatate de pahar cu apa caldă.

Eșantioane și literatură:

DROGUERIA STANDARD S. A. R., STR. SF. IONICĂ 8, BUCUREȘTI.

LABORATOARELE Dr. ZIZINE, 24, Rue de Fécamp — PARIS (XIIe)

Remineralizare

OPOCALCIUM

al D-rului Guersant

IRADIAT: cu Vitamină D. pură cristalizată, titrând 40 milioane unități internaționale pe gram

SIMPLU: Cașete, comprimate, granule

Gaiacolat: Cașete

Arseniat: Cașete

LABORATOARELE
A. RANSON
DOCTOR IN FARMACIE
121, AV. GAMBETTA—PARIS (XX-e)

LITERATURĂ ȘI EȘANTIOANE LA CERERE
Exclusivitatea generală
DROGUERIA „STANDARD"
8, Str. Sft. IONICĂ 8. — BUCUREȘTI

† Generalul Dr. Alexandru Papiu

In seara zilei de 26 Februarie a. c. s'a stins din viaţă medicul general dr. Al. Papiu.

Vestea morţii lui, atât de neaşteptată, a zguduit pe toţi câţi l'au cunoscut şi l'au iubit pentru sufletul lui ales.

A căzut lovit ca de un trăznet în plină vigoare şi activitate intelectuală.

Generalul Papiu a fost un strălucit medic militar în toată accepţiunea cuvântului. El şi-a închinat întreaga lui viaţă armatei, pe care a iubit-o cu dragostea, abnegaţia şi solidele sale cunoştinţe în domeniul medicinei.

Crezul vieţii sale a fost împlinirea datoriei până la sacrificiu ca acei legionari romani, din cari se trăgea.

Răutatea oamenilor nu-i turbura liniştea şi bunătatea sufletului lui, căci tuturor el le răsplătea prin bine. Această bunătate făcea parte din fiinţa lui şi ea se putea citi în privirea ochilor săi blânzi şi în vorba lui dulce şi domoală.

A fost un caracter în toată accepţiunea cuvântului, de o cinste şi o probitate demnă de exemplu pentru generaţiile viitoare.

Generalul Papiu, fiul protopopului Haralambie Papiu, s'a născut în anul 1873 pe plaiurile bătrânului Olt, în frumosul oraş R.-Vâlcea.

După terminarea claselor primare, din oraşul natal, orfan de tată, reuşeşte bursier la liceul Carol I din Craiova, unde se distinge printre cei dintâi, alături de colegul şi prietenul său, savantul profesor de mai târziu, Gh. Ţiţeica, mort cu 20 de zile înaintea sa.

După terminarea liceului, atras de dragostea pentru ştiinţă, se înscrie la facultatea de medicină din Bucureşti şi apoi prin concurs este admis ca intern al institutului Medico-Militar. E remarcat şi apreciat de generalul profesor Demosthene şi general Zaharia Petrescu, al căror intern este tot timpul studiilor.

După obţinerea titlului de doctor, e trimis ori unde era mai mare nevoie de un medic conştiincios şi priceput. Astfel îl găsim câţiva ani la Piteşti, apoi la Roman şi unde devine cunoscut în toată lumea, pentru cunoştiinţele sale profesionale şi dragostea ce punea în îngrijirea celor suferinzi.

Inaintea războiului conduce Serviciul Medical din Spitalul Militar Central «R. E.» ca urmaş al maestrului său, general Zaharia Petrescu, şi unde se vor forma viitorii medici internişti ai armatei cari vor face cinste instituţiei.

În timpul războiului de reîntregire, i se încredinţează conducerea Centrului Spitalicesc dela Feteşti pentru trupele din Dobrogea şi acţiunea dela Flămânda. In retragerea din Dobrogea, în gara Feteşti, aviaţia inamică deslănţuie un groaznic bombardament asupra spitalului şi trenului sanitar, producând sute de morţi şi răniţi între cari şi mulţi sanitari. Papiu, colonel pe atunci, scapă ca prin minune şi rămâne la postul său până ce ultimul rănit este evacuat şi până ce ultima baracă este demontată şi transportată în Moldova.

De câte ori cu ochii umezi de lacrimi, vorbia de sanitarii lui morţi la Feteşti şi îşi exprima dorinţa să fie înmormântat în mijlocul lor, acolo în cimitirul satului, unde ei dorm somnul de eroi.

In campania din Ungaria i s'a încredinţat conducerea serviciului sanitar al trupelor de sub conmanda generalului Mărdărescu. Deşi a trebuit să lupte cu multe lipsuri şi greutăţi, totuşi Papiu s'a achitat în mod strălucit de misiunea sa, ca de altfel în toată cariera sa. Inaintat general, a organizat serviciul sanitar al corpului 2 de armată, apoi a fost trecut director al centrului de instrucţie sanitară.

Nicăeri ca în această împrejurare, nu s'a aplicat mai bine vorba românului că «Omul sfinţeşte locul». In adevăr aci, generalul Papiu, la început singur, fără personal, fără fonduri, într'o singură cameră, a început munca cu aceeaşi asiduitate, şi deşi lovit în drepturile sale, a creiat din nimic această importantă instituţie, a pus viaţă din viaţa lui, a fost creatorul şi animatorul ei.

Prin şcolile cari le-a organizat, ajutat mai apoi de un alt strălucit medic militar, regretatul colonel Falcan, serii întregi de medici militari activi şi de rezervă şi au complectat instrucţia medico-militară. Aci, sub directivele lui s'a făcut legătura strânsă între medicii militari activi şi între cei de rezervă şi tot aci a creiat el o doctrină medico-militară pentru războiul de mâine când toţi medicii vom face un tot pe câmpul de luptă.

Cursurile lui de higienă militară erau un model de documentare şi rămân neuitate de cei cari i-au fost elevi.

Generalul Papiu are meritul de a se fi ocupat intens şi de instrucţia personalului inferior sanitar, a cărui importanţă deosebită, pe câmpul de luptă, este incontestabilă. A organizat şi înzestrat cu material didactic demonstrativ, companiile sanitare şi şcolile acestora. A înfiinţat şcoala pentru subofiţerii sanitari şi droghişti, atât de necesară armatei. Prezida personal examenele şi încuraja pe aceşti modeşti auxiliari ai medicilor, pe cari îi iubea, căci văzuse pe înaintaşii lor murind la datorie în luptele dela Mărăşeşti, pe malurile Tisei, la Feteşti şi în spitalele din Moldova, seceraţi de exantematic. Pentru aceşti eroi anonimi, generalul Papiu, ajutat de noi, colaboratorii lui, a ridicat în curtea spitalului militar «Regina Elisabeta», o prea frumoasă *Troiţă* şi a donat un fond din venitul căruia să se facă în fiecare an, de ziua Eroilor, pomenirea sanitarilor căzuţi la datorie.

Pe tărâmul ştiinţific, generalul Papiu a avut o bogată activitate. A publicat numeroase articole, broşuri şi manuale în domeniul higienei militare, sociale şi al profilaxiei boalelor contagioase în armată.

Chestiunile medico-militare erau discutate şi analizate de el cu o mare competenţă, în «Revista Sanitară Militară».

Manualele sale, scrise cu colaboratorii săi, sunt şi azi singurele utilizate în şcolile sanitare ale armatei. Era unul din cărturarii, cum i se spunea, ai Serviciului Sanitar Militar.

Profund înţelegător al suferinţelor omeneşti, el dădea celor bolnavi şi săraci, ajutorul său dezinteresat. Astfel, până în ultima zi a vieţii sale, deşi avea dreptul la odihnă, pe orice timp, ploaie sau frig, lua tramvaiul şi se ducea în bulevardul Mihail Ghica 22, la Dispensarul Sfânta Maria, unde dădea consultaţii în mod gratuit săracilor cari vin acolo să ceară ajutor medical.

Aşa a înţeles generalul dr. Papiu menirea medicului — un Apostolat — aşa a fost sufletul lui.

El va rămâne în istoria Serviciului Sanitar Român ca un exemplar de elită, un strălucit model pentru generaţiile viitoare.

Noi cei cari l'am cunoscut de aproape şi l'am iubit pentru sufletul lui mare, îi vom păstra o duioasă şi neştearsă amintire.

Maior Dr. C-TIN MANEA

BIBLIOGRAFII

Clinique Chirurgicale des Pays chauds, par **Botreau-Roussel**, Médecin général, Directeur de l'École d'Application du Service de Santé des Troupes coloniales (Pharo). Avec la collaboration de MM. **Assali, Dejou, Huard, Montagné, Palès** et **Roques**, Chirurgiens des Hôpitaux coloniaux. Professeurs agrégés du Pharo. Préface du Professeur **Ch. Lenormant**. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 336 pagini cu figuri 80 fr.

Această lucrare este destinată în special chirurgilor din colonii. Nu înseamnă însă că nu va fi utilă şi celor din Metropolă: cu desvoltarea şi uşurinţa deplasărilor militare, comerciale şi turistice, ca şi aducerei de trupe indigene şi de mână de lucru colonială, maladiile zise tropicale — amibiaza — în special — au încetat de a reprezenta cazuri excepţionale şi orice medic trebuie să fie capabil să le depisteze.

Această lucrare nu constitue un tratat de patologie chirurgicală exotică, ci o serie de expuneri esenţiale de clinică chirurgicală a ţărilor calde, alese în învăţământul Serviciului de sănătate al trupelor coloniale. Medicul general Botreau-Roussel a ţinut ca elevii săi, profesorii agregaţi ai şcoalei, cari au urmărit cercetările sale personale şi au câştigat o experienţă particulară a vreunei chestiuni, să o expună sub propria lor semnătură.

Astfel, sunt studiate în acest volum aspectele chirurgicale ale amibiazei şi ale abcesului de ficat, a elefanteazisului, al infecţiunilor stafilococice în mediul colonial, al pianului şi al gounduului, evoluţiunei atât de particulare a tuberculozelor oste-articulare la negrii, studi bogate în observaţiuni precise şi în concepţiuni originale.

Lehrbuch der röntgen ologischen Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Bauchorgane (Manual de diagnostic diferenţial röntgenologic al boalelor organelor abdominale) von Dr. Med. Habil. **Werner Teschendorf** Chefarzt das Strahleninstituts der allgemeinnn Ortskrankenkasse Köln. 1 vol. 480 pag. şi 292 figuri. *Georg Thieme, Verlag*, Leipzig, 1938. RM. 42 (broşat). Reprezentant pentru România, librăria medicală *H. Welther*, Sibiu, str. Regina Maria 28

Lucrarea doctorului Teschendorf constitue totdeodată un manual teoretic şi un atlas «care vorbeşte cititorului prin imagini». Autorul dă precădere celor mai frecvente, mărginindu-se la generalităţi în formele puţin obişnuite.

Lucrarea cuprinde şase mari părţi şi anume:

I. Diagnosticul diferenţial röntgenologic al stomacului normal şi patologic.

II. Diagnosticul diferenţial röntgenologic al stomacului operat.

III. Diagnosticul diferenţial röntgenologic al duodenului.

IV. Diagnosticul diferenţial röntgenologic al afecţiunilor căilor biliare.

V. Diagnosticul diferenţial röntgenologic al intestinului subţire.

VI. Diagnosticul diferenţial röntgenologic al intestinului gros.

VII. Diagnosticul diferenţial röntgenologic al rinichilor, căilor urinare, vezicei şi prostatei.

VIII. Diagnosticul diferenţial röntgenologic în pneumoperitoneu artificial, ca şi în tumorile hepatice, pancreatice, splenice şi abdominale.

Numeroase figuri demonstrative sunt intercalate în corpul cărţii.

Pharmacie Galénique, par **A. Goris** Professeur de pharmacie galénique à la Faculté de Pharmacie de Paris, Directeur de la Pharmacie centrale des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine, **A. Liot** Pharmacien supérieur, Adjoint au Directeur de la Pharmacie centrale des Hôpitaux de Paris. 1939. Două volume conţinând împreună 1940 pagini. Broşat 390 fr. Cartonat 450 fr. *Masson et C-ie, éditeurs.*

Această lucrare constituie o punere la punct a Farmaciei galenice actuale al cărui rol este de a prepara, plecând dela materiile prime de origină foarte diversă, „formele" eficace, de administrare comodă, putând fi bine conservate de activitate sigură şi controlată. Dar metodele au avoluat în mod considerabil. Cunoştiinţele căpătate asupra compoziţiunei atât de complexe a drogurilor de origină animală sau vegetală, asupra mecanismului de acţiune a lor, adoptarea sau extinderea modurilor noi de administraţie, complicând lucrul practicianului au făcut necesară realizarea pe un plan industrial a formelor galenice. Multe dintre acestea nu mai pot fi preparate la farmacie; de asemenea încercări relative la controlul purităţei lor, la titlul chimic sau al activităţei fizologice a acestor medicamente necesită laboratorii specializate.

D-nii Goris şi Liot au meritul de a fi dat technicelor moderne imaginea exactă care ne lipsea încă. Autorii au putut-o face cu o competinţă şi o autoritate perfectă.

Animator desăvârşit D. Goris, a fost iniţiatorul conferinţelor pentru internat, pe care le-a organizat cu colaborarea mai multor colegi din spitale. Se ştie ce succese a obţinut această preparaţie benevolă pe lângă studenţii doritori să capete titlul de intern şi cât de indispensabil a fost culturei lor învăţământul propedeutic al farmaciei spitaliceşti.

Profesor foarte ascultat la Facultatea de farmacie d. Goris nu a încetat să continue şi să perfecţioneze acest curs pe care l'a făcut atât de atrăgător încât numeroşi studenţi îl frecventează cu asiduitate.

D. Goris s'a specializat de mult în învăţământul farmaciei galenice. De altă parte el conduce de circa 14 ani, în colaborarea d-lui Liot Farmacia centrală a spitalelor; amândoi s'au găsit în faţa a numeroase probleme industriale şi comerciale numeroase; ei au fost puşi astfel în situaţiunea de a înfrunta toate dificultăţile practicei farmaceutice moderne. In aceste condiţiuni, lucrarea pe care o pun azi la dispoziţiunea cititorilor este o lucrare «trăită». Este cel mai bun elogiu ce i se poate aduce.

Lucrarea, în două volume, începe printr'un istoric al farmaciei dealungul epocilor, apoi în Franţa; el arată lupta «apoticarilor» pentru a deveni farmacişti şi cum s'a creat cu încetul, învăţământul farmaceutic.

Studiul ştiinţific începe prin expunerea chimică a celulei vegetale: într'adevăr, natura constituanţilor activi este aceea care determină technicele de preparaţie ale formelor galenice. Deasemeni, de natura lor depind condiţiunile de recoltă şi de conservare a materiilor prime utilizate, fie că este vorba de organe animale sau de organe vegetale. Se înţelege deci de ce autorii au dat o deosebită atenţiune «stabilizărei» drogurilor.

După naura materiilor medicamentoase, se disting: phitoterapia, opoterapia, seroterapia, bacterioterapia.

Formele au fost clasate după modelul de obţinere a lor: pulverizare, distilare, disoluţie şi evaporare.

Formele farmaceutice sub cari medicamentele sunt prezentate prin doze fracţionate sunt studiate apoi, în urmă medicamentele destinate să fie aplicate pe mucoase, în fine medicamentele pentru întrebuinţare externă.

Prepararea obiectelor de pansamente de fire de ligatură, sterilizarea lor, desinfecţia, constituesc capitole speciale şi originale.

Lucrarea se termină prin noţiuni raportându-se la sterilizare— prin arătarea modurilor de administraţie şi de acţiune a medicamentelor, a conservărei lor, a incompatibilităţilor.

Farmacia galenică a d-lor Goris şi Liot se adresează în primul rând studenţilor şi nu comportă decât foarte puţină bibliografie. Cu toate acestea prin masa însăşi a indicaţiunilor pe cari le conţine, toate trecute prin controlul experienţei, această broşură este mai mult decât un «manual»; el constitue, astăzi, sinteza cea mai completă a unui subiect în care practica este alături de ştiinţă mai mult decât în oricare domeniu şi ca atare va fi consultată cu profit de către farmaciştii practicieni, mai ales de acea cari o profesează, pentru industriaşi şi pentru

THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţe de sulf
reumatisme cronice

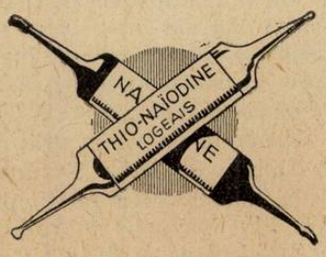
PRODUSE ATOXICE
INJECŢIUNI INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

(A)
INTRAMUSCULARĂ

TOATE
ALGIILE



(B)
INTRAVENOASĂ

NEVRAXITE
ŞI URMĂRILE LOR
ALGII REBELE

Eşantioane şi literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — Bucureşti I. Str. Sf. Ionică No. 8

NOTE TERAPEUTICE

Uliron în conjunctivita blenoragică bilaterală la adulţi

W. H. Schneider-Horn
Spitalul Univers. Lübeck.
Dermat. Wschr. 1939 Nr. 1, pag. 8.

Este vorba de un bărbat de 26 de ani, care s'a infectat în ziua de 6 VI.1938, prezentându-se după trei zile la tratament, cu o secreţie uretrală. In frotiu numeroşi gonococi. Blenoragia anterioară acută a fost tratată la început, începând din 10.VI, cu Albargin (0,2:200), fol. uval. ursi şi hexametilentetramin (1,50 gr.). In ziua de 13 Iunie se observă o rubefacţie a ambelor conjunctive; bolnavul îşi frecase ochii pe când făcea bae; a doua zi rubefacţia se accentuiază; în secreţie se descopere gonococi. Oculistul prescrie comprese de ghiaţă şi lavaje cu permanganat de potasiu 1:15000. In ziua de 15 Iunie i e administrează bolnavului 8 cmc. lapte, pe cale intramusculară. Pacientul se plânge de dureri oculare accentuate, febra a atins 39°. In ziua de 16 Iunie conjuctivitele prezintă un aspect roşu-însângerat, edematos şi umflat în jurul corneei. Bolnavul primeşte acum timp de 3 zile câte 3 gr. Uliron pe zi. Tratamentul celălalt se continuă deasemenea. Chiar din a 2-a zi după prima doză de Uliron, edemul regresează, totuşi pacientul mai primeşte 10 cmc. lapte, pe cale intramusculară. Ameliorarea se accentuiază. In ziua de 20 Iunie examenul ocular arată un progres însemnat, gonococii nu mai sunt evidenţiabili. Uretra nu mai prezintă nici ea gonococi; între timp s'au făcut lavajele de Albargin cu 0,6:200. Cu toate că gonococii lipsesc, se face în ziua de 23 şi 30 Iunie un al 2-lea şi al 3-lea atac de Uliron. (3 zile 3 gr.). Se mai fac lavaje uretrale cu KMNO4 şi oxicianură de mercur. Provocările cu vaccin antigonococic şi soluţie de Lugol arată că vindecarea e definiitvă.

* * *

Cu privire la hemostaticul Manetol

După Dr. E. Adam,
Clin. Chir. Cluj
Münch. med. Wschr. 1936 nr. 41 (pag. 1589)

Manetolul, un extras din măduva spinării, cu efecte hemostatice a fost întrebuinţat de autor şi în aplicaţia locală, diluat în proporţia de 2 cmc. la 5-7-10 cmc. apă distilată. Cu această soluţie au fost îmbibate fâşii de tifon şi aplicate apoi pe plăgile operatorii. Intr'o operaţie plastică facială, un tamponaj de 2 — 3 minute cu Manetol, a oprit imediat scurgerea sanguină. Administrarea intramusculară de Manetol a suprimat hemoragia în timpul cel mai scurt, mai cu seamă în intervenţiile făcute asupra canalului cistic, în colecistectomii, colecistotomii, etc. Injecţia preventivă, administrată înainte sau imediat după operaţie în doza de 1-2 fiole a dat rezultate deosebit de bune mai cu seamă în intervenţiunile asupra ficatului. 2 exemple:

1. G. S. colecistită acută, colelitiază, pericolecistită şi perihepatită. La timpul operaţiei se produce hemoragie parenchimatoasă intensă, din care cauză se administrează Manetol încă în timpul intervenţiei. Starea postoperatorie e satisfăcătoare.

2. K. H. Femee de 38 ani cu icter, febră, hepatită, angiocolită infecţioasă. Operaţie (colecistectomie). Imediat după operaţie se administrează Manetol, iar după 6 ore o a doua injecţie. Hemoragii secundare nu se manifestă. Evoluţia postoperativă satisfăcătoare.

Adam a administrat apoi Manetolul în cazuri care în decursul operaţiei dădeau hemoragii cari nu puteau fi oprite cu desăvârşire prin ligaturi. Efectul hemostatic s'a manifestat deseori încă înainte de sfârşitul operaţiei şi după înlăturarea tamponului provizor.

* * *

Tabloul actual al leucoreei cu trichomonade

M. Rodecurt, Hanover
Zschr. f. ärztl. Fortbildung 1938 nr. 11, pag. 308

Intru cât trichomonanadele vaginale nu se fixează numai în vagin, ci şi în cervix, uretră şi în canalele bartolinice şi sclenice precum şi în tractul intestinal, terapia trebue să se extindă în mod raţional şi asupra acestor organe. Tratamentul concentric cu Devegan şi Zephirol, actualmente simplificat, constitue un progres enorm în această privinţă.

Technica: In fiecare seară după culcare se introduce un comprimat de Devegan cât mai adânc în vagin. Se va întrerupe terapia numai în cazul unei hemoragii intense. Săptămânal se vor face două tratamente cu Zephirol: curăţirea vulvei cu soluţie de Zephirol 10%. (După o curăţire mecanică a vaginului, lavaj scurt cu speculum cu soluţie de 10%). Apoi se va face o curăţire a cervixului prin aspirare sau pe altă cale. Apoi se va introduce un tampon de vată îmbibat cu 10% Zephirol, în canalul cervical, pe un timp de 2 minute. Imediat după aceasta se va face un lavaj vaginal intensiv cu spumă de Zephirol, învârtindu-se instrumentul încet şi continuu pentruca fiecare parte să fie suficient tratată. Tamponarea vaginului. O nouă curăţire a vulvei cu soluţie de 10%. Tratament uretral prin introducerea pe timp de 2 minute a unui bastonaş cu vată îmbibată în Zephirol de ½%. In opoziţie cu concentraţiunile de 1:200 resp. 1:400 Rodecurt foloseşte acum soluţii mai concentrate de Zephirol. In hemoragiile endometritice datorite trichomonadelor se vor face în a 3-a, 4-a, 5-a sau a 6-a zi de sângerare, mai multe spălături cervicale cu tampoane de vată muiate în Zephirol 10%, după ce se va şterge şi curăţi în mod mecanic vaginul cu soluţie de Zephirol de 10%. Intregul tratament se va continua mai multe luni.

Tratamentul leucoreei infantile este f arte dificil. Un succes se poate înregistra prin metoda următoare: se vor face pe măsura vârstei şi a posibilităţii de acces, băi de şezut cu Zephirol sau se vor introduce în vagin fărâmituri de Zephirol (1/4—10%) şi eventual glucoza. Uneori se poate face un tratament uretral chiar la fete de 13 ani. Zephirolul izolat sau preparatele corosive nu sunt admise. Copiilor debili li se va administra în afară de această glucoză per os şi eventual calciu, arsenic, fier.

* * *

Rezultate obţinute cu Insulina pentru tratamentul „în depozit„ (Depot-Insulină Bayer)

Prof. F. Umber, Berlin-Westend

In diabetul uşor şi mai puţin grav e deajuns de obiceiu o singură injecţie în interval de 24 ore, dacă întrebuinţăm insulina pentru tratament «în depozit». Faţă de insulina obişnuită se face o economie de 25—30%. Dacă se aplică o singură injecţie pe zi, se va prefera injecţia matinală, care a dat rezultatele cele mai bune. In diabetul grav şi foarte grav, se recomandă 2 injecţiuni în interval de 24 ore; prima cu ½ de oră înainte de dejun, a doua ½ de oră înainte de cină, observându-se ca injecţia matinală să aibă o doză mai mare de unităţi. Mai mult de două injecţii pe zi nu sunt necesare pentru diabetic. Nu se vor face injecţii mixte de insulină «în depozit» şi insulină veche; o asemenea combinaţie se recomandă cel mult în coma incipientă, infecţiuni, turburări digestive, operaţiuni. In coma diabetică se administrează 60—120 unităţi insulină «în depozit «Bayer» în 1-2 injecţii pe zi, apoi câte 50 unităţi insulină veche, intravenos şi subcutanat, iar la fiece 2 ore 20—40 unităţi concomitent cu alimentaţia de hidraţi de carbon până la dispariţia simptomelor comei. După 1-2 săptămâni se face reacomodarea la insulina pentru tratamentul în depozit.

Inainte de culcare se recomandă o porţie suplimentară de fructe sau de lapte pentru a evita o scădere mai mare a tabloului de glicoză în sânge în timpul nopţii.

Intre timp fenomenele iritative locale au fost înlăturate prin crearea unei insuline pentru tratamentul «în depozit», care nu mai conţine fosfat sau adaos de zinc, ca substanţe intercalate. Progresele realizate în domeniul tratamentului «prin depozit» cu insulină îşi resfrâng rezultatele lor deosebite mai cu seamă la copiii diabetici, sau la diabeticii care au de exercitat o profesie.

NOTE TERAPEUTICE

Histaminoterapia reumatismelor

Comunicare făcută de

R. J. WEISSENBACH

la **Société de Médecine de Paris**, în şedinţa din 7 Oct. 1938.

Din comunicarea d-lui R. J. Weissenbach, în care D-sa se ocupă de Histaminoterapia reumatismelor, vom extrage partea privitoare la administrarea intradermică a Histaminei.

I. *Metoda injecţiilor intradermice. Technica.*

A) Soluţia.

Ne servim de o soluţie de biclorhidrat de histamină, dozată la ½ miligram pe centimetru cub.

După numeroase încercări, am adăogat la soluţia de histamină un anestezic local, fenil propionatul de paraminobenzol aminoetanol sau dunacaina, în doză de ½ centigram la ½ miligram de histamină; se pot întrebuinţa deasemeni diferiţii succedanei ai cocainei. Toate acestea, se adăogau cu scopul de a suprima durerea foarte vie din momentul injectării intradermice. *Modificând pH soluţiei, s'a reuşit să se prepare soluţiuni de Histamină indolore, fără a dăogare de anestezic.* In comerţ există numeroase preparate, dar nu toate sunt indolore şi cu egală eficacitate.

B) Instrumentul.

Ne servim de o seringă de 1 cc., împărţită în 1/20, cu închidere perfectă, dar cu pistonul alunecând uşor în corpul seringei. Acele trebue să fie scurte şi foarte fine (1 cm. lungime, 4/10 mm. diametru).

C) Doze.

In medie, întrebuinţăm la fiecare şedinţă ¼—½ mgr. de biclorhidrat de histamină; nu am făcut nici odată mai mult de 1 mgr.

D) Prepararea bolnavului.

După ce se şterge cu alcool pielea regiunei de tratat, se poate complecta prepararea bolnavului, aplicând local o soluţie de 2-5% scuroform sau anestezină în eter. Vom avea grijă, în acest caz, după tratament, să spălăm regiunea cu alcool, pentru a şterge orice urmă de scuroform sau anestezină, ce ar putea împiedeca acţiunea histaminei.

E) Injecţiunile intradermice.

Acestea se practică exact pe traectul dureros indicat de bolnav sau pe regiunea contracturată. Fiecare injecţie va fi de circa 1/80 — 1/50 dintr'un cc.; distanţa de la o injecţie la alta va fi de aproximativ 1 cc.

Tehnica injecţiilor este foarte importantă, acestea trebuind să fie făcute foarte repede. In acest mod, nu sunt deloc dureroase şi nu obosesc bolnavul, putându-se face într'o şedinţă, un mare număr de injecţiuni.

F) Ritmul şedinţelor de injecţiuni

Primele trei sau patru şedinţe de injecţiuni vor fi zilnice, apoi se vor distanţa cu una sau două zile, după cum reacţionează bolnavul. Vom căuta să intervenim înainte de reapariţia durerii, distanţând totuşi din ce în ce mai mult şedinţele de tratament.

G) Numărul şedinţelor.

Numărul şedinţelor de tratament variază după caz.

In nevralgiile acute (lumbago, torticolis) una sau două şedinţe, ajung uneori pentru o jugula în mod definitiv criza.

In cazurile cronice, trebue să facem tratamente mai prelungite. Dacă după zece şedinţe nu avem nici un rezultat, putem întrerupe tratamentul.

Avantagiile metodei.

Această metodă este uşoară, practică, precisă şi elastică. In adevăr ea ne permite să localizăm sau să extindem după nevoie aplicarea tratamentului, adaptându-l perfect fiecărui caz în parte şi putând fixa dinainte doza de medicament pe care dorim să o utilizăm. In afară de aceasta, eficacitatea sa (am constatat în medie 85% succese) şi rapiditatea sa de acţiune (bolnavii simţind o ameliorare aproape imediată) sunt calităţi extrem de interesante cari au aşezat dintr'odată această metodă terapeutică, pe primul plan.

HISTA INJECTABILĂ

Fiole de 1 cc. titrate la 0,0005 gr. de biclorhidrat de histamină.

Indicaţiuni: Reumatisme cronice, musculare, articulare, nevralgii, zona. Alergii, etc.

Posologie şi modul de întrebuinţare: câte 1 cc. zilnic, repartizat în 20 injecţiuni *intradermice;* tratament de 2—20 zile.

HISTA LINIMENT

Fiole de 5 cc. titrate la 0.01 gr. de biclorhidrat de Histamină.

Aceleaşi indicaţiuni ca pentru Hista Beytout.

Posologie şi modul de întrebuinţare:

1. In fricţiuni locale prelungite, timp de 5 minute.

2. Se fac înţepături sau zgârieturi uşoare ale pielei, fricţionându-se apoi locul cu un tampon îmbibat de Hista-Liniment.

Pentru ori ce cereri de eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „Luteţia" S. A. R.

—103 str. Toamnei —Bucureşti III, Tel. 2.21.38.

TERAPIA DERMATOZELOR

DIVERSELE ETIOLOGII ALE DERMATOZELOR NE-AU DETERMINAT SĂ CREĂM O SERIE DE POMEZI, FIECARE AVÂND INDICAŢIUNI BINE DETERMINATE

SEDOTYOL Pomadă calmantă	Se aplică într'un strat gros, fricţionându-se uşor.	**DERMATOZE** PRURIGINOASE LEZIUNI CUTANATE DUREROASE-PRURITURI
INOSEPTA Pomadă antipiogenă	Când leziunea este deschisă, se aplică pomada de 2-3 ori pe zi fără a mai fricţiona.	**DERMATOZE** SUPURATE FURUNCULOZE-FAVUS IMPETIGO-ABCESE
INOTYOL Pomadă antiflogistică şi cicatrizantă	Se aplică pomada într'un strat gros acoperindu-se cu un pansament.	**DERMATOZE** NEINFECTATE ULCERAŢIUNI-ARSURI IRITAŢIUNI CUTANATE
SILIPLASTINE Pastă absorbantă	Se aplică într'un strat subţire. Nu păteză rufăria. Nu este unsuroasă. Se şterge uşor numai cu apă.	**DERMATITE** UMEDE SAU IRITABILE ECZEME UMEDE - INTERTRIGO-DERMATITE ACUTE
Produs nou **CUTIGENOL** Pomadă cicatrizantă pe bază de Vitamine A. D. şi Hormoni (splenic, testicular şi pancreatic)	Se aplică pomada acoperindu-se cu un pansament.	**LEZIUNI** CUTANATE ARSURI-ULCERAŢIUNI ATONE DERMATOZE CRONICE PLĂGI-TURBURĂRI TROFICE CUTANATE

Laboratoires du Dr. DEBAT-PARIS

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

Strada Toamnei No. 103, BUCUREŞTI III — Telefon 2.21.38.

„EMINESCU" INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY NO. 2, BUCUREŞTI

Anul XVII, No. 8 — 10 Lei Exemplarul — 15 Aprilie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu St., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. V. CAPITOLIN şi Dr. R. IGNATESCU: *Tratamentul epididimitei gonococice* 109

Dr. GH. BADENSCHI: *Activitatea serviciului de malario-terapie de la Spitalul central de boale mintale şi nervoase* 111

Dr. VIRGIL P. POPA-Predeal: *Pneumotoraxul artificial extra-pleural*. . 114

CONGRESE

Dr. EUGEN MORARIU: *Congresul Societăţii germane de cardiologie* . 118

Pagina

Dr. D. TIMUŞ şi Dr. A. POPA: *Filaxia în biologie şi clinică*. . . 115

CHESTIUNI DE ORGANIZARE

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Consolidarea stagiului de internat în spitalele publice* 117

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Catedre vacante la Facultăţile de Medicină; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei; Excursiune medicală în Statele-Unite; Revista de Radiologie şi Electrologie medicală; Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţei 120

Pagina

BIBLIOGRAFII

Noţiuni de Laringologie clinică, de *Prof. Dr. G. Buzoianu* Directorul Clinicei O. R. L. de la Facultatea de Medicină din Cluj. Un volum de 368 pagini. Tipografia «Cartea Românească», Cluj.

Cum tratăm azi epilepsia, de Docent Dr. *D. Grigorescu*, Dr. *Sergiu Axente* şi Intern *Vivi Constantinescu*. Editura Bucovina—Bucureşti. Preţul vol lei 100.

Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses, par *Jean Troisier*, professeur agrégé de Pathologie expérimentale et comparé à la Facult. de Médicine de Paris, Médecin de l'hôpital Beaujon, *Masson et C-ie, éditeurs*. Un volum de 280 pagini.

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 paginl cu 47 figuri, 60fr.

Les acquisitions nouveles de l'endocrinologie, par *R. Rivoire*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 264 pagini, 45 fr.

Pentru administrarea bucală în infecţiunile gonococice şi stafilococice

Uliron

BAYER

Preparat chimioterapeutic cu acţiune sigură. Relativ la dozare se va consulta prospectul

Acum tuburi cu 12 şi 24 tablete cu preţurile vechi.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.86; Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor No. 18, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANŢĂ:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR GONO- ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

INDICAŢIUNI: Blenoragii subacute şi cronice, anexite, epididimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panaraţii, flegmoane, furunculi, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.

Ambalaje: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu, 32. Tel. 5.51.51

Analgezic, antireumatic, antipiretic

NOVALGIN

Inlocueşte morfina chiar în cazuri grave de colică hepatică şi renală

Administrare per os şi în injecţiuni.
In tablete, fiole şi flacoane picătoare.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. — Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18. Tel. 3-722.

Anul XVII. No. 8 10 Lei Exemplarul 15 Aprilie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

TRATAMENTUL EPIDIDIMITEI GONOCOCICE

de Dr. V. CAPITOLIN
Şef chirurg la Spit. Casei Centrale
şi
Dr. R. IGNĂTESCU
Preparator

Cu cât într'o afecţiune sunt descrise mai multe tratamente, cu atât acele tratamente sunt mai puţin eficace. Una dintre afecţiunile în care s'au încercat şi se încearcă încă nenumărate mijloace terapeutice cu efecte mai mult sau mai puţin sigure este desigur epididimita blenoragică. Toţi agenţii treapeutici au fost şi sunt încercaţi ,toţi au dat şi rezultate şi desiluzii.

Vom căuta în acest articol să schiţăm tratamentele cele mai aplicate azi, arătând pe acelea care până acum au dat cele mai bune rezultate. Nu vom cita nenumăratele tratamente empirice mai mult sau mai puţin nocive care se aplică încă la ţară de populaţia ignorantă şi care nu-şi au locul decât în tratatele de istoria medicinii.

Dacă vindecarea este obţinută prin tratamentul curativ, desigur că tratamentele adjuvante prin îngrijirea uretritei blenoragice cu complicaţiunile ei au un rol din cele mai importante. Numai vindecarea uretritei şi debarasarea anexelor ei (prostată, vezicule seminale, glande periuretrale) de agentul patogen asigură pe bolnav de nenumărate recidive în zona testiculo-epididimară.

Vom cita ca adjuvante ale tratamentului propriu zis, imobilizarea în pat, suspensorul, care au un rol atât de important în sedaţiunea durerii cât şi în prevenirea complicaţiunilor ce se pot ivi.

Putem clasifica tratamentul epididimitei blenoragice în:

agenţi fizici
agenţi medicamentoşi
agenţi biologici.

Dintre agenţii fizici, răceala produsă prin clasica pungă de ghiaţă aplicată pe partea dureroasă şi tumefiată a scrotului după regulele obişnuite spre a evita congelaţia pielii scrotale este tratamentul cunoscut de mult. Răceala este un bun analgesic şi antiflogistic.

Tratamentul este lent, durează chiar săptămâni şi lasă noduli inflamatori care se rezorb foarte greu.

Zăpada carbonică prin temperatura scăzută este desigur un calmant al durerii; poate însă produce escare superficiale şi profunde şi chiar gangrene ale testiculului.

Căldura aplicată direct sau produsă prin diatermie după cum o recomandă *Bordier*, produce o sedaţiune apreciabilă pentru bolnav în foarte scurt. timp. Tratamentul este scurt, după 2—3 şedinţe putându-se obţine dispariţia completă a durerii şi chiar a tumefacţiei. Nu poate fi însă practicată decât de specialişti care posedă aparatele şi practica necesară, căci altfel poate produce arsuri ale scrotului. Din această cauză câmpul de aplicare al metodei este limitat. O altă dificultate este aplicarea exactă a polului pe burse.

Razele ultra-scurte se pot aplica în centrele unde există astfel de aparate. Aplicarea este uşoară, cu rezultate f. bune obţinându-se sedaţiunea rapidă a durerii.

b) Agenţii medicamentoşi se pot administra fie local sub forma de nenumărate pomade care conţin substanţe analgezice sau rezolutive cum este salicilatul de metil 10% un f. bun calmant al durerii. Se mai întrebuinţează ichtiolul, gaiacolul, argirolul. etc. Efectul lor este destul de lent şi nesigur.

Se mai pot administra pe cale intravenoasă diferite subst. derivate ale acridinei. Tripaflavina care s'a încercat şi în tratamentul uretritei gonococice este cea mai întrebuinţată. Rezultatele sunt inconstante şi uneori prezintă accidente generale destul de serioase. S'au publicat şi câteva cazuri mortale.

c) Agenţii biologici pot fi divizaţi în 2 clase:

— seroterapia şi vaccinoterapia.

Se întrebuinţează destul de des serul antigonococic intramuscular în doze crescânde. Reacţiunile locale şi generale pe care le dă nu sunt prea violente dacă nu se măreşte prea brusc dozele administrate. Rezultatele sunt nesigure, iar tratamentul este de lungă durată; reacţiunile locale (durerea şi tumefacţia) dispar f. încet, ba chiar sunt exagerate la începutul trtamentului.

Calea venoasă merită o atenţiune şi mai mare din cauza reacţiunilor generale ce pot fi foarte serioase (frisoane, febră 40—41 gr., lipotimie).

Vaccinoterapia care a dat unele rezultate bune în infecţiunile gonococice generalizate (septicemie gonococică, reumatism) a produs deziluzii în complicaţiunile de vecinătate (prostatită, orchiepididimită).

Janet, specialistul în blenoragie este sceptic în această privinţă. După *Janet* auto-vaccinoterapia ar fi superioară tuturor stok vaccinurilor.

Barbellion de asemenea spune că utilizarea vaccinoterapiei trebuie făcută cu moderaţiune.

In timpul din urmă *Vintici* şi *Albescu* au obţinut unele rezultate întrebuinţând vaccinoterapia asociată cu autohemoterapia.

După *Constantinescu* şi *Dobrescu*. vaccinoterapia intravenoasă ar da rezultate bune. Metoda trebuie însă întrebuinţată cu mare prudenţă.

Vaccinoterapia asociată cu piretoterapia (gonoyatren) deasemenea a fost încercată fără rezultate rapide.

Vaccinoterapia cu microbi vii după metoda lui Loeser a fost încercată şi la noi de *Popescu Buzău*. Rezultatele par a fi încurajatoare.

Unii autori, *Machton, Bordier*, au recomandat în ultimul timp într'o comunicare la soc. Medico-Chirurgicale des Hopitaux, vaccinoterapia la locul de inoculare. Rezultatele deasemenea nu sunt sigure şi metoda poate da naştere la reacţiuni f. serioase. *Marcel* şi *Chatelin* sunt contra metodei, *Danicico* şi *Popa* dela Cluj par a fi obţinut rezultate bune.

d) Tratamentul chirurgical a fost şi el încercat încă de mult timp. Puncţia vaginalei în caz de vaginalite cu lichid nu aduce o uşurare mare a suferinţelor bolnavului. Este indicată rar şi numai în caz de cantitate anormală de lichid.

Incizia epididimului este indicată numai în caz de supuraţiune care este rară şi se tratează ca orice abces banal prin drenare. Puncţia epididimului poate fi simplă şi s'a recomandat de mult ca sedativ al durerii sau urmată de introducerea de substanţe medicamentoase. Medicamentul întrebuinţat este electrargolul. Acest tratament l'am încercat şi noi în serviciul de consultaţii chirurgicale de la Spitalul Casei Centrale Bucureşti.

Metoda este descrisă şi recomandată mai de mult însă nu a fost adoptată de specialişti din cauze ce nu se pot explica. Deigur că frica bolnavilor şi a medicilor de o durere prea mare pe care ar provoca-o. — frică de altfel neîndreptăţită — au contribuit la uitarea acestei metode. Noi am aplicat acest tratament în mod ambulatoriu pe un număr de bolnavi şi rezultatele ne-a făcut să-l adoptăm în mod definitiv şi să-l preferăm oricărui alt tratament.

Prezintă avantajul f. mare de a calma durerea şi imflamaţia în mod rapid, scurtând durata boalei şi redând

pe muncitor câmpului muncii mai repede decât cu orice alt tratament.

Technica este f. simplă şi la îndemâna oricărui medic.

După sterilizarea locului, se fixează testiculul de un ajutor, prezentând epididimul inflamat chirurgului care-l punctionează cu un ac cât mai subţire adaptat la o siringă care conţine 5—7 ctgr. novocaină într'un cmc. apă distilată sterilizată. Se injectează în mod cât mai lent anestezicul. In timpul injecţiei, durerea care era vie începe să se micşoreze.

După 3—5 minute în care timp acul nu se deplasează, se injectează 2—3 cmc. electrargol tot cu aceiaşi blândeţe ca la început. După alte 5 minute sau mai mult, bolnavul este trimes acasă.

Dăm mai jos câteva observaţiuni culese în serviciul nostru de consultaţiuni chirurgicale dela Spitalul «Regele Carol II-lea»:

Obs. I-a Bolnavul Dumitru R. vine la 23.XI. 1936 pentru tumefacţia dureroasă a scrotului.

De 3 săptămâni scurgere uretrală. De 3 zile jenă la nivelul testiculului dr.

Stare prezentă: Testiculul stg. normal.

Testiculul dr. Pielea scrotului tumefiată testicul de mărimea unei mandarine; epididim îngroşat, neregulat, dureros spontan şi mai ales la presiune. Cordon îngroşat dureros.

Tratament: se punctioneză epididimul şi se injectează 0,06 novocaină din soluţia 8%. După 5 minute 2 cmc. electrargol.

25.XI. Bolnavul se simte mult uşurat. Durerea şi tumefacţia aproape dispărute. Se face novocaină şi 5 cmc. electrargol. Bolnavul dispare dela tratament.

12.III.1937. Bolnavul se prezintă din nou; se făcuse bine şi plecase la ţară; nu a mai urmat nici un tratament. Prezintă aceleaşi fenomene la celălalt testicul.

Se face 0,06 novocaină apoi 21/2 cmc. electrargol. 15.III. Durerile complect dispărute, bolnavul se simte bine, afebril.

Local epididimul net diferenţiat de testicul, cordonul normal, nedureros.

Obs. II-a. Bolnavul I. C., tapiţer, vine pentru dureri la nivelul testicului stg., tumefacţie, febră.

De 6 săptămâni blenoragie tratată la un dispensar; cu 3 zile înainte ridicând greutăţi, seara simte dureri în lungul cordonului iar testiculul începe să se tumefieze.

Starea locală: scrotul coloraţie normală. Testicul stg., tumefiat, epididimul de mărimea unei nuci, boselat, dureros. Cordonul îngroşat, f. dureros.

Tratament. 15.II.1937. Se fac 0,06 novocaină apoi 3 cmc. electrargol după 5 minute.

17.II. Fenomenele subiective s'au ameliorat mult; şanţul orchi-epididimar se delimitează bine, palparea f. puţin dureroasă. Se fac 4 cmc. electrargol.

23.III. Epididim şi testicul normal. Se recomandă tratamentul uretritei.

Obs. III-a. Bolnavul C. P., funcţionar vine în serviciu pentru tumefacţia testiculului stg., dureri cu iradiaţie inghinală, greaţă, febră.

Cu 6 zile în urmă, urmând un tratament p. blenoragie i s'a făcut cu sforţări o spălătură uretro-vezicală. După 3 ore jenă în testicul din ce în ce mai mare. De trei zile e la pat.

Stare prezentă: Testiculul stg. cât o mandarină, dureros spontan şi la palpare. Epididimul face massă cu testiculul; cordon îngroşat, dureros; prostata mărită.

Tratament: 28.IX.37 6 ctgr. novovaină, apoi 4 cmc. electrargol.

1.X.37 Bolnavul mult uşurat, mers uşor, stare generală şi locală mult modificată în bine; epididimul începe să se diferenţieze. 4 cmc. electrargol.

3.X.37. Durerile dispărute; a apărut scurgerea, testicul şi epididim aproape normal.

Obs. IV-a: Bolnavul Gr. R., muncitor, vine la consultaţii pentru tumefacţia f. dureroasă a testicului dr. febră.

De 2 săptămâni îşi tratează singur o blenoragie; de 4 zile jenă din ce în ce mai accentuată la nivelul testicului, febră.

Stare prezentă: Dureri extrem de violente la nivelul testicului dr. cu iradiaţii dealungul canalului inghinal, greaţă.

Scrotul volumnos cât o portocală, roşu, edemaţiat. Palpaţia extrem de dureroasă ne arată epididimul făcând massă cu testiculul.

Cordon dureros, indurat, mărit pe toată întinderea sa.

Prostata uşor mărită de volum.

Testicul şi epididim stg. normal.

Tratament: 19.XI.37. 0,07 ctg. novocaină apoi 2 cmc. electrargol.

21.XI.37. Se simte mult uşurat; fenomenele dureroase s'au amendat aproape complect, şanţul între epididim şi testicul apreciabil; persistă durerile dealungul cordonului.

O nouă injecţie cu electrargol.

25.XI.37. Bolnavul vine să ne spună că se simte f. uşurat şi că numai are nevoie de tratament. Se recomandă tratamentul uretritei.

Obs. V-a. Bolnavul Stan V. vine la consultaţii pentru dureri la nivelul scrotului cu tumefacţie, febră.

De 2 luni îşi tratează singur o blenoragie. De 4 zile prezintă simptomele descrise mai sus.

Stare prezentă: dureri mari la nivelul testicululuı care-l face impropriu muncii. Scrotul tumefiat în întregime. Epididimul extrem de dureros, cât o nucă, noduros; cordonul tumefiat în toată lungimea.

Tratament: 22.III.38. Novocaină 0,07 ctgr. apoi 2 cmc. electr.

24.III.38. Durerile dispărute aproape complect, epididimul diminuat, stare generală bună. Se injectează 4 cmc. electrargol după aceiaşi technică.

Obs. VI-a. C-tin P. vine la 22.III.38 pentru: dureri la nivelul testicului stg., febră, greaţă, incapacitate de lucru. De 2 săptămâni scurgere uretrală pe care o neglijează. De 3 zile fenomenele prezente.

Stare actuală: Scrotul tumefiat, palparea extrem de dureroasă arată epididimul mărit cât o mandarină care nu se diferenţiază de testicul. Cordon sensibil spontan şi la palpare.

Tratament: 22.III. Se fac 7 ctgr. novocaină şi 2 1/2 cmc. electrargol.

24.III. Durerile micşorate, stare generală înbunătăţită. Se fac 4 cmc. electr.

26.III. Ameliorare. 4 cmc. electr.

Obs. VII-a. Mihai C. De o lună uretrită acută tratată cu intermitenţă. De 5 zile dureri din ce în ce mai mari la nivelul testicului dr. care în ultimele 24 ore a devenit atât de mare încât abea poate umbla.

Stare prezentă: scrotul mărit de volum, f. dureros la palpare, epididimul mărit, boselat, cât o nucă.

Tratament: 4.XII.37. 7 ctgr. novocaină, iar după 3 minute 2 1/2 cmc. electrargol.

7.XII.37. Bolnavul nu mai acuză nici o durere ci numai o uşoară senzaţie de greutate., poate lucra. La examen epididimul aproape normal ca volum, mai prezintă boseluri. Nu se mai injectează nimic.

12.XII. Complect vindecat.

Obs. VIII-a. Stan V vine la consultaţii pentru aceleaşi simptome.

De 2 luni scurgere uretrală pe care a tratat-o intermitent.

Stare prezentă: Dureri mari la nivelul testicului dr. care îl împiedică de a lucra. Scrotul roşu, tumefiat, epididimul dureros la presiune, de mărimea unei nuci, noduros; cordon îngroşat, dureros.

Tratament: 22.III.38. Novocaină 7 ctg., 2 1/2 electrargol.

24.IIII. Bolnavul e f. mulţumit, durerile dispărute aproape complect. Epididimul micşorat. Se fac 4 cmc. elect.

28.III. Vindecat.

Obs. IX-a. D-tru C. vine p. dureri şi tumefacţie scrotală.

De 3 săptămâni uretrită acută tratată neregulat. De 7 zile jenă crescândă la testicul dr. care se şi tumefiază.

Stare prezentă: testicul dr. mult mărit de volum, cât o portocală, epididimul boselat nu se poate delimita; cordon îngroşat şi dureros.

7.IV.38. Electrargol 5 cmc. Vine după 3 zile cu fenomenele mult ameliorate. Se face a 2-a injecţie.

Concluziuni: Metoda cu toate că nu tentează nici pe bolnav şi nici pe unii medici, este foarte uşoară de aplicat şi prezintă avantajul de a calma durerea f. repede. Ea se poate aplica ambulatoriu şi redă câmpului muncii într'un timp f. scurt pe asiguraţii meseriaşi care altfel sunt imobilizaţi în pat timp de 10—15 zile.

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

NEUROSEDATIVUL CU ACŢIUNE CONSTANTĂ

ULMARA „GAMMA" FRICŢIUNE LICHIDA

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC

PREVENTIV
ŞI
CURATIV
ÎN
MALADIILE
HEPATO-BILIARE

Repr. p. România: S. I. F. s. a. r., Bucureşti, Avram Iancu 32

4—6 PE ZI.

GRANULE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

Activitatea Serviciului de Malarioterapie*)

de Dr. GH. BADENSCHI
medic primar

Un serviciu destinat tratamentului afecţiunilor sifilitice ale sistemului nervos central prin malaria de inoculare trebue să fie astfel organizat încât să îndeplinească următoarele condiţii:

1. Să pregătească personal specializat pentru noi centre de malarioterapie.

2. Să întrebuinţeze pentru tratament *specii şi tulpini de Plasmodii* de o virulenţă cunoscută, suficientă pentru a da naştere unui număr de accese care să permită obţinerea unui bun rezultat terapeutic, evitând totodată şi complicaţiunile cari ar putea fi dăunătoare stării generale a bolnavului.

3. *Să asigure menţinerea purităţii tulpinelor* întrebuinţate şi să evite cu orice preţ — într'o ţară malarică — infecţiunile mixte, în general grave şi de o rezistenţă deosebită la tratament.

4. Să întrebuinţeze tulpini uşor susceptibile la metodele de tratament întrebuinţate.

5. Să asigure o supraveghere clinică şi parazitologică de fie-care moment a bolnavilor, în tot timpul evoluţiei infecţiunii şi tratamentului antipaludic.

6. Să nu creeze într'o ţară malarică noi rezervorii, eliberând, bolnavii înainte de a fi energic trataţi.

7. Să asigure bolnavilor o ospitalizare, care alături de condiţiunile speciale de îngrijire reclamate de infecţia malarică să realizeze şi pe aceea a unei bune îngrijiri psihiatrice.

8. Să utilizeze materialul experimental pentru a aduce noi contribuţiuni la cunoaşterea formelor clinice a infecţiunilor tulpinelor locale de Plasmodii precum şi la acţiunea terapeutică şi profilactică a diferitelor medicamente antipaludice.

9 Să aducă contribuţiuni noi la studiul infecţiei terapeutice şi a mijloacelor de tratament antisifilitice.

Ca un corolar a celor spuse până aci, reiese în mod evident că un serviciu de malarioterapie trebue să aibă *un personal medical şi auxiliar specializat*, suficient ca număr; personalul auxiliar ar trebui să fie menţinut în cele mai bune condiţiuni de higienă, locuinţă, alimentaţie, pentru a putea face faţă unei munci susţinute.

In sfârşit pentru a putea păstra neatinsă capacitatea de funcţionare a serviciului ar trebui să i se alăture, o secţiune de azil în care să fie menţinuţi sub observaţie bolnavii cu forme cronice sau staţionare. In felul acesta pe deoparte se pot primi cu uşurinţă bolnavi noi, pe dealtă parte se pot întreţine purtători de gameţi, buni infectori de anofeli şi deci o mare uşurinţă în menţinerea tulpinelor.

* * *

Serviciul de Malarioterapie al Spitalului Central de boli mintale din Bucureşti a luat naştere în urma intervenţiunii directe a prof. *Tomescu*. Un plan de colaborare între direcţia spitalului, a Clinicei de Psihiatrie şi direcţia Institutului «I. Cantacuzino» a fost alcătuit şi serviciul a fost deschis în ziua de 15 August 1935. Direcţia ştiinţifică a lucrărilor de malarie a fost încredinţată d-lui prof. *M. Ciucă*, unul din cei mai mari malariologi ai ştiinţei medicale contemporane.

Personalul Serviciului.

1. Medic primar de psihiatrie, specializat în malarie şi medicină experimentală cu conducerea medicală şi administrativă.

2. Doi asistenţi de laborator din care primul doctor în medicină este însărcinat cu efectuarea examenelor parazitologice şi analizele clinice uzuale, al doilea doctor în ştiinţe naturale însărcinat cu studiile de entomologie şi transmisiunea malariei cu ajutorul anofelilor infectaţi experimental.

3. Un intern în medicină ca ajutor direct al medicului serviciului pentru îngrijirea clinică a bolnavilor.

Personalul auxiliar este compus din:

1. O supraveghetoare.
2. Un laborant.
3. O soră de ocrotire.
4. O infirmieră cl. I.
5. Două infirmiere cl. II.

Capacitatea serviciului a fost hotărâtă la 30 paturi apoi cu începere dela 1 Ianuarie 1936 ridicată la 50. Totuşi serviciul a ospitalizat în cursul lunilor de vară ale anului 1937 până la 74 bolnavi iar în cursul anului curent începând din luna Iunie numărul bolnavilor internaţi întrece în mod aproape constant cifra de 50.

Metodele de lucru.

Serviciul de malariaterapie este însărcinat cu menţiunea surselor întrebuinţate pentru terapie şi cu efectuarea tuturor examenelor parazitologice necesare îngrijirii bolnavilor impaludaţi. In acest scop serviciul este într'o continuă legătură cu toate celelalte servicii ale spitalului.

Iată în linii generale schema îngrijirii unui bolnav şi tehnica metodei de inoculare aşa cum este practicată în serviciul de malarioterapie cât şi în majoritatea celorlalte servicii:

Speciile de plasmodii întrebuinţate. Sunt menţinute şi utilizate în malarioterapie patru tulpini de Plasmodium. 3 specii de paraziţi umani şi o specie simiană.

Speciile umane sunt:

1. O tulpină de *Pl. Vivax* de origine românească — T. B. Apostol.

2. O tulpină de *Pl. Malarie* — provenind din Spitalul din Horton (Anglia (origină Italia).

3. O tulpină de Pl.ovale, a 4 specie de plasmodium uman, asemănător cu unele forme de Pl.vivax, având însă caractere speciale bine determinate de *Stephens, James, Warrington, Yorke.*

Dăm în rezumat aceste caractere: din punct de vedere morfologic, se remarcă 1) apariţia precoce a unor granulaţii de tip Schüffner în hematiile parazitate de către inelele tinere, 2) o alterare caracteristică a globulului roşu, care ia un aspect ovalar, cu o margine foarte adesea festonată atunci când parazitul a atins stadiul în care începe diviziunea, 3) roseta formată din 8—12 merozoiţi şi 4) dispoziţiunea grăunţelor de pigment în bastonaşe de culoare brună cenuşie, în cociştii din peretele stomacului anofelului infectat; din punct de vedere clinic prezintă de regulă un număr variabil 5—8 de accese febrile de tip terţă o dispariţie spontană a febrei şi a paraziţilor; din punct de vedere imunologic infecţia datorită celorlalte 2 specii precedente nu creiază o stare de rezistenţă faţă de Pl. ovale.

Această tulpină provine din Serviciul de malarioterapie al spitalului din Horton (Anglia) şi bine înţeles a fost obţinută dela un bolnav infectat în mod natural în Africa răsăriteană, una din rarele regiuni în care se găseşte infecţia naturală a omului şi a oaspelui intermediar. Toate aceste 3 tulpini au fost alese pentru malarioterapie prin faptul că prezintă o virulenţă scăzută.

Specia simiană întrebuinţată este Pl.knowlesi, parazit al maimuţelor din genul Silenus. Această specie a fost trecută la om pentru prima oară de *Knowles* şi *Das Gupta* şi apoi de *James, Nichol* şi *Shute*, apoi de *Van Royen.*

Intrebuinţarea sistematică a acestui parazit în tratamentul paraliziei generale a fost însă făcută în Serviciul de Malarioterapie al Spitalului Central. *Tulpina are astăzi 120 treceri pe om.* Virulenţa a rămas neschimbată pentru om şi controalele făcute pe maimuţă (N. Rhesus) arată în mod constant puritatea ei. M. Rhesus este specia sensibilă la Pl. knowlesi. Infecţia declanşată de acest parazit la rhesus este totdeauna mortală.

*) *Lucrare din Spitalul Central de boli mintale din Bucureşti în cursul primelor 3 ani dela înfiinţare (15.VIII.1935—15.VIII.1938).*

Caracterele morfologice ale acestui parazit sunt următoarele: pentru inelele tinere, forme din cele mai variate: ochi, halteră, cu o cromatină foarte bogată și cu prezența aproape constantă a unei cromatine accesorii. Într'un stadiu mai avansat apar forme în bandă, asemănătoare cu acele ale Pl. malariae. In formele de diviziune cromatina ia aspectele cele mai variate, în evantai, în spirală. Numărul merozoiților e de 12. Hematia parazitată nu își mărește nici odată volumul. La om, se observă foarte adesea hematii ovalare și cu marginea festonată, amintind pe acele parazitate cu Pl.ovale. Tot la om, apare uneori și o pulverizare foarte discretă a globulului roșu, care nu se poate evidenția decât întrebuințând metoda de colorare a lui Leishman.

Infecția la om este caracterizată printr'o perioadă de incubație foarte scurtă (după inocularea intravenoasă de 5—10 cc. sânge parazitat incubația variază dela 24 ore la 5—6 zile) accese febrile cotidiene cu o stare generală bună, urmate în marea majoritate a cazurilor de o dispariție spontană a febrei și a paraziților, sau atunci când se aplică tratamentul, o sensibilitate extremă față de medicamentele antipaludice; o singură doză de 0.50 gr. chinină e suficientă pentru a face să dispară paraziții din sângele circulant. Acest parazit mai prezintă și avantajul de a nu infecta nici o specie de anofeli și a evita astfel crearea unor noi rezervoare de virus într'o țară așa de impaludată ca a noastră.

* * *

Bolnavii supuși malarioterapiei. — Inainte de inoculare, după ce analizele biologice ale lichidului cefalorachidian și al sângelui au confirmat necesitatea tratamentului prin malarie, bolnavii sunt supuși unui examen general cât mai amănunțit. Se evită inocularea bolnavilor caşectici, cu leziuni evolutive de tuberculoză pulmonară, sau chiar cicatrizată, dacă acestea au fost prea întinse, cu leziuni renale, hepatice și sanguine. O anemie ușoară 3.500.000 — 4 milioane nu constitue însă o contra indicație, de asemenea leziunile valvulare compensate, o hiper-colesterinemie fără nici un simptom clinic.

Odată inocularea hotărîtă se procedează la un prealabil examen de sânge în picătură groasă, pentru a evita inocularea unor purtători latenți de paraziți și a evita astfel crearea unor infecții mixte.

S'a renunțat la practica mobilizării prin șoc proteinic (lapte, vaccin antitifiparatific etc.) rezultatele experiențelor noastre arătând-o nesatisfăcătoare.

Inocularea bolnavului este apoi făcută de către serviciul de malarioterapie. Calea aleasă este foarte adesea cea intravenoasă pentru a se scurta durata perioadei de incubație [1].

Observația bolnavului inoculat este efectuată paralel de către personalul serviciului căruia aparține bolnavul și de către serviciul de malarioterapie, care prin 2 infirmiere face atât controlul curbei termice cât și controlul parazitologic.

Temperatura este urmărită din 4 în 4 ore adică de 5 ori pe zi în tot timpul incubației, perioadei febrile și tratamentului antipaludic.

In acelaș timp laboratorul serviciului de malarioterapie practică zilnic pentru ori și ce bolnav impaludat un examen de sânge în picătură groasă. Se examinează cel puțin trei picături. Atunci când paraziții sunt numeroși, se practică și o numărătoare pe câmpuri microscopice. *Rezultatele sunt comunicate serviciilor respective în aceiași zi, iar în serviciul de malarioterapie sunt trecute pe foaia de temperatură.*

Atunci când cifra parazitismului este foarte ridicată, trecând peste 35—40 paraziți la 25 câmpuri (oc. Zeiss 7 im. 90) pentru Pl.vivax și Pl.ovale sau peste 230—300 paraziți pentru Pl. nowlesi, serviciile respective sunt anunțate imediat, pentru a se administra un tratament antipaludic.

Tratamentul bolnavului supus malarioterapiei. Dacă starea bolnavului a permis menținerea unei infecții clinice și a numărului de accese necesare, se institue un tratament antipaludic.

Instituirea tratamentului poate fi grăbită din cauza unui parazitism ridicat, a unei stări generale rele, din cauza unei complicații intercurente (nefrită, hepatită, anemie, etc.) sau în caz de scădere a tensiunei arteriale, care trebue supravegheată în mod constant, tot așa de strict ca și temperatura și pulsul. O scădere a tensiunei arteriale sub 9 mm. de mercur constitue o indicație formală a instituirii tratamentului antipaludic.

In cazurile de accese prea apropiate de T. B. (formă cotidiană) sau în caz de dublă sau triplă quartă, etc. se 3—4 accese *o singură doză abortivă de 0,50 gr. chinină* (0,50 gr. în quartă pentru a provoca o întrerupere trecătoare a acceselor, cari în general după o pauză variabilă (3—12 zile) își vor relua cursul lor normal.

Tratamentul antipaludic se administrează după una din schemele următoare: Ca medicamente schizonticide se administrează fie chinina, câte un gram timp de 7 zile, fie atebrina, câte 0,30 gr. pe zi și pentru o perioadă de timp egală. Dozele sunt administrate fracționat adică, se dă câte 0.50 gr. chinină dimineața și seara, sau în cazul atebrinei, câte o pastilă de 0.10 gr., înaintea meselor de dimineață, de prânz și seara.

Tratamentul schizontocid este complectat cu un tratament gametocid, în toate cazurile cu Pl. malariae, iar în cazurile de infecție cu Pl. vivax și Pl.ovale, numai atunci când bolnavul a rămas purtător de gameți.

Plasmochinul este administrat numai la bolnavii cari nu prezintă nici o leziune hepatică sau sanguină și numai după o pauză de 5 zile de la terminarea tratamentului schizontocid.

Plasmochinul se administrează timp de 5 zile, în doză de 2 centigrame pe zi — câte un centigram dimineața și altul seara.

Nici un bolnav nu este eliberat din serviciul de malarioterapie înainte de a fi supus uneia din metodele de tratament de mai sus. Nu s'a putut realiza supravegherea bolnavilor eliberați după plecarea lor din spital.

Propunem ca serviciile să înștiințeze oficial medicul de plasă sau comunal și acesta să fie obligat să urmărească pe acești bolnavi cel puțin timp de 3 luni dela eliberarea lor, recoltând pentru controlul microscopic lame de sânge în picătură groasă la 1 și 15 ale fiecărei luni.

Tratamentul antisifilitic. După terminarea tratamentului antipaludic și uneori chiar concomitent cu acesta, se începe un tratament mixt arsenobismutic. După câteva injecții intramusculare cu o sare insolubilă de bismut, se începe tratamentul arsenical care se face fie cu arsenic trivalent și atunci se merge până la o doză globală de 6—7 gr. de medicament, fie cu arsenic pentavalent și atunci întrebuințăm în mod exclusiv stovarsolul, mergând până la o doză globală de 25—30 gr. sub un control oftalmologic constant.

Reinoculări. Dacă bolnavul a prezentat un număr insuficient de accese febrile urmate de o dispariție spontană a febrei atunci se institue un tratament antipaludic complect (7 x 1 gr. chinină sau 7 x 0,30 gr. atebrină urmat de 5 x 0.02 gr. plasmochin) după care se procedează la o reinoculare cu altă specie de parazit. Se urmează aceiași conduită când rezistența bolnavului față de o tulpină este așa de mare, încât nu apar accese febrile.

In linii generale noi recomandăm

---

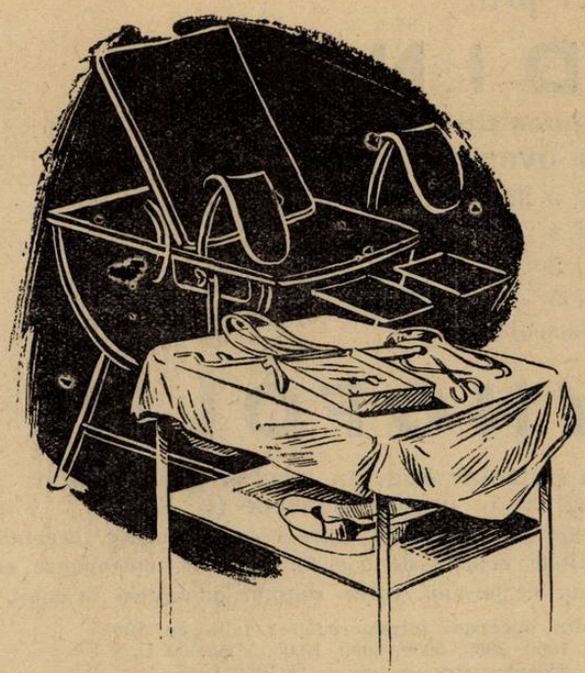
1) *Crescătorie de Anopheles pentru inoculările experimentale.* Trecerile celor 4 tulpini întrebuințate au fost făcute până acum numai cu sânge virulent.

Acest mod de menținere a tulpinilor, are două avantagii:

1) Se pot transmite în cursul trecerilor alte infecțiuni genelale în faza de incubație.

2) Rezistența bolnavilor infectați este mai marcată atunci când sunt imuni la o inoculare de sânge virulent decât la o inoculare prin anofeli infectați experimental.

Serviciul de malarioterapie organizează în momentul de față o crescătorie de anofeli pentru a putea proceda la inoculări cu ajutorul anofelilor infectați în mod experimental.



Problema desinfecţiunii

este rezolvată
datorită preparatului

Zephirol

Acţiune desinfectantă intensă şi curăţire mecanică. Lipsă totală de efecte iritante. Miros agreabil.

Pentru desinfecţia mâinilor şi a instrumentelor, în ginecologie şi obstetrică, pentru curăţirea plăgilor şi pentru curărăţirea suprafeţei cutanate.

AMBALAJE ORIGINALE: Flac. de 150 şi 1000 gr.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3-9286 — Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Telefon 37.22

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

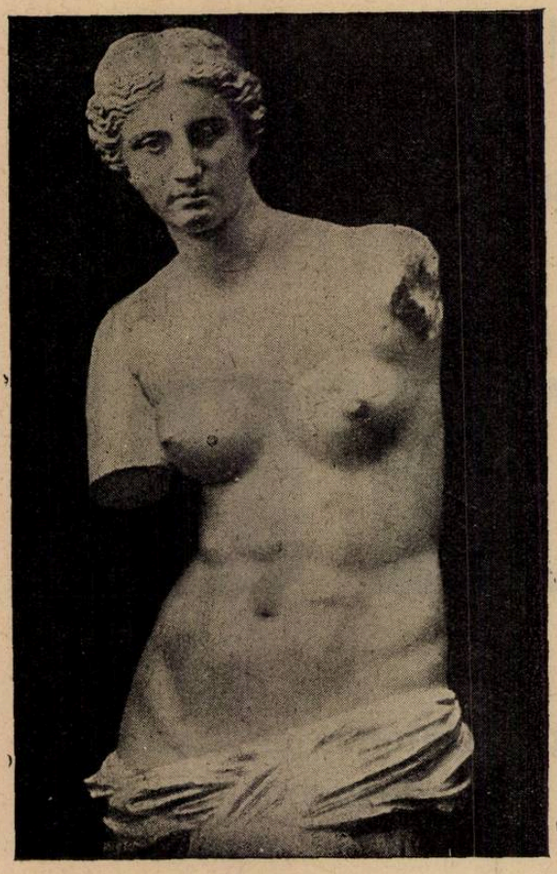
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, **insuficienţă thyroidiană,** exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRA"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel 4 05 21

ca prima inoculare să se facă Pl. knowlesi iar în caz de rezistenţă, succesiunea reinoculărilor să se facă după tratament antipaludic prealabil în următoarea ordine:

1. Pl.vivax; 2. Pl.Malariae, 3. Pl.ovale.

* * *

Gruparea şi păstrarea observaţiilor. Serviciul de malarioterapie păstrează pentru fiecare tulpină de paraziţi un tablou complect al trecerilor efectuate în ordinea inoculării bolnavilor. De asemenea păstrează pentru toţi bolnavii din spital, toate curbele termice cu rezultatele parazitologice şi tratamentele corespunzătoare.

* * *

Activitatea serviciului. In condiţiile actuale ale serviciului nostru, s'au practicat astfel în decursul celor 3 ani de funcţionare un număr total de 998 inoculări repartizate după cum urmează:

291 inoculări în serviciul de Malarioterapie.

669 inoculări în celelalte servicii.

38 inoculări în afara spitalului.

Total 998.

Repartizate după specii s'au făcut:

380 inoculări cu Pl. knowlesi — cu 120 pasaje.

407 inoculări cu Pl. vivax cu 60 pasaje.

119 inoculări cu Pl. malariae cu 30 pasaje.

92 inoculări cu Pl. ovale cu 21 pasaje.

Pentru controlul acestor tulpini şi a stării bolnavilor s'au practicat în laboratorul serviciului în acelaş interval un număr de *59.670 examene* de sânge pentru Plasmodium.

Deasemeni s'au mai practicat 15 examene complimentare de sânge (numărători, hemoglobină, formule leucocitare) 299 examene de urini, 140 determinări de grupuri sanguine, 650 reacţii de floculare (R. Henry) adică în total *61.054 examene de laborator* cu o medie anuală de aproximativ 20 — 300 examene şi cu o medie zilnică de 56 examene.

Rezultatele obţinute în cursul celor 3 ani de funcţionare, serviciul de Malarioterapie a primit un număr de de 283 bolnavi. Din aceştia sunt:

Prezenţi în serviciu (în curs de tratament) 48 bolnavi.

Eliberaţi 159 bolnavi adică 52.65%.

Morţi 78 bolnavi adică 26.50%.

După etiologia afecţiunilor pentru cari au fost internaţi, din cei 159 bolnavi eliberaţi 120 au prezentat diferite forme de sifilis nervos, restul de 39 alte afecţiuni mintale (manii, melancolice, sensibilitate, schizofrenie, etc.) în afara acestor etiologii.

Rezultatele obţinute în tratamentul sifilisului nervos au fost următoarele:

Vindecaţi sau remişi 37 bolnavi adică 18.87%.

Ameliorati 63 bolnavi adică 32.14%.

Staţionari 19 bolnavi adică 9.89%.

Agravaţi 1 bolnav adică 0.51%.

Comparând aceste rezultate cu cele obţinute în câteva clinici din ţară şi străinătate, avem următoarele cifre:

	Serv. Malarie	Clin. Psih. Bucureşti	Wiena (Gerstmann)	Hamburg (Prof. Weigand)	Charité Berlin	Clin. Psih. München
Vindecări şi remisiuni	18.87%	32.45%	33%	20%	21%	33%
Ameliorari	32.14%	39.80%	14.25%	50.6%	28%	13%

Reiese din datele de mai sus că vindecările şi remisiile obţinute în serviciul de malarioterapie sunt aproape în aceiaşi proporţie cu cele ale clinicelor din Hamburg şi Berlin, însă cifra ameliorărilor, superioară celor obţinute în clinicele din Wiena, München şi Berlin.

Aceste rezultate sunt în realitate şi mai bune dacă ţinem seamă de încă 2 factori cari vin să sprijine rezultatele noastre şi anume:

1. Statistica noastră nu cuprinde decât rezultatele obţinute la bărbaţi, pe câtă vreme, toate celelalte statistici totalizează rezultatele obţinute la bărbaţi şi femei. Este un fapt cunoscut că sifilisul nervos ia o alură mai puţin gravă la femee şi că cifra remisiunilor e mai ridicată decât pentru bărbaţi.

2. Bolnavii noştrii provin dintr'un mediu social în care îngrijirea medicală este cerută în extremis: ţărani, muncitori, meseriaşi, mici comercianţi, etc. Ca dovadă sunt următoarele fapte: 5 din bolnavii îngrijiţi în serviciul de malarioterapie provin din clasele superioare ale societăţii. Toţi 5 fac în urma tratamentului remisiuni care permit o recuperare complectă a activităţii sociale.

Din prima categorie de bolnavi: 7 din ei sunt aduşi într'o stare aşa de gravă, încât mor în primele zile de la internare, iar alţi 6 în urma unei tuberculoze pulmonare evolutivă. La toţi 13 nu s'a putut aplica malarioterapia. Dacă scădem acum din cifra mortalităţii generale (78) pe aceşti 13, proporţia se reduce de la 26.5% la 22.8%, cifră foarte apropiată de acea dată de majoritatea autorilor germani.

Să menţionăm că nu am avut nici un caz de moarte datorit infecţiunei malarice, graţie metodelor de supraveghere clinică şi parazitară amintite mai sus.

Din cele expuse, credem că rezultatele tratamentului sifilisului nervos, obţinute în serviciul de malarioterapie, pot fi considerate ca destul de mulţumitoare.

* * *

In decursul acestor 5 ani de funcţionare, serviciul de malarioterapie a dat materialul necesar următoarelor publicaţiuni:

1. Observaţiuni asupra infecţiei cu Pl.knowlesi la om. Arch. Roumaines. 1937.

2. Asupra unui caz de hemoglobinurie apărută în urma unei doze de 0.30 gr. atebrină la un bolnav infectat cu Pl.knowlesi. Soc. Psichiatrice. 1937.

3. Tratamentul paraliziei generale prin infecţiunea cu Pl.knowlesi (Teză Bucureşti) 1936.

4. Contribuţiuni la studiul mecanismului imunităţii căştigate în cursul infecţiei cu Pl. knowlesi la om. C. R. S. B. 1938.

In curs de apariţie:

5. Biologia Pl. knowlesi (Teză Fac. de ştiinţe, Bucureşti).

6. Valoarea reacţiei Henry în cursul malariei de inoculare. Ac. Med. 1938.

7. Rezultatele comparative obţinute în malaria de inoculare prin tratamentul cu chinină, atebrină, chinină plasmochin şi atebrină plasmochin. Ac. Med. 1938.

* * *

Din cele expuse până aici rezultă că activitatea şi rezultatele, obţinute de către serviciul de malarioterapie în primii trei ani, sunt destul de satisfăcătoare.

Cum cererile de internare sunt într'o continuă creştere ca şi numărul de analize executate de laboratorul serviciului, va veni în curând timpul în care nu vom mai putea face faţă obligaţiunilor noastre.

Propuneri. — De aceea credem îndreptăţite următoarele propuneri:

— Infiinţarea unui post de medic secundar.

— Mansardarea pavilionului pentru locuinţele personalului auxiliar, pentru a nu mai fi siliţi ca până acum să întrebuinţăm locuinţe pentru personal o parte din camerile destinate bolnavilor.

— Mărirea laboratorului de hematologie şi parazitologie.

Reparaţiile urgente necesare menţinerii actualului local, aflat într'o stare cât se poate de rea.

Anexarea de 100 paturi din azilul Bobeşti-Bălăceanca pentru ospitalizarea bolnavilor cu forme cronice sau staţionare.

In aceste condiţiuni, serviciul de malarioterapie ar putea să satisfacă în condiţiuni optime cererile serviciilor de psihiatrie şi să-şi ia însărcinarea să expedieze surse pure de Plasmodium necesare terapiei în serviciile de specialitate din provincie.

PNEUMOTORAXUL ARTIFICIAL EXTRA-PLEURAL

de Dr. VIRGIL P. POPA - Predeal

Intrat de curând în practica chirurgicală — ca o nouă metodă colapsoterapică — mai ales după lucrările chirurgilor germani: *Graf* și *Schmidt*—pneumotoraxul artificail extra-pleural, a fost creiat pentru prima oară în 1891 de *Tuffier*.

In lucrarea sa: *Tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare*, publicată în 1910 în colaborare cu *Martin*, *Tuffier* arată rolul pe care Pneumotoraxul artificial extra-pleural îl poate juca singur în tratamentul tuberculozei pulmonare. Metoda întrebuințată de *Tuffier*, în afara perfecțiunilor technice actuale, la care se adaugă și multiplele noțiuni câștigate, în urma unei practice destul de îndelungate a Pneumotoraxului artificial intra-pleural, — nu diferă întru nimic de metoda actuală.

Iată, dealtminteri, cum descrie *Tuffier* în lucrarea sa, principiul metodei creiată de el: «In cazul când pleura este simfizată, practicăm decolarea pleuro-parietală în toată întinderea leziunilor ușor de cunoscut prin induratia lor. Imediat ce decolarea a fost practicată, pulmonul se retractă în toată regiunea decolată și un Pneumotorax extra-pleural se constitue. Plaga este închisă fără drenaj. In zilele următoare, radiografia permite să urmărim mersul acestui Pneumotorax, insuflând azot ori de câte ori vom găsi necesar».

Denumirea de Pneumotorax artificial extra-pleural prin analogie cu Pneumotoraxul artificial intra-pleural creiază în spiritul medicilor o impresie de ușurință technică și de benignitate a intervenției, ceeace însă nu este cazul.

Pe când Pneumotoraxul artificial intra-pleural, asigură prin etape colabarea progresivă a pulmonului. Pneumotoraxul art. extra-pleural necesită o liberare a leziunilor printr'un act chirurgical, care adesea este și dificil. In consecință riscurile acestor două metode — și deci și indicațiile lor — nu sunt comparabile.

Din punct de vedere practic indicația Pneumotoraxului art. extra-pleural nu se pune decât atunci când Pneumotoraxul art. intra-pleural este imposibil de creiat sau ineficace.

Indicațiile actuale ale Pneumotoraxului art. extra-pleural — ținând seama atât de timpul scurt de când metoda a intrat în practica chirurgicală, cât și de lipsa de apreciere exactă a rezultatelor definitive a cazurilor operate până în prezent — nu se pot pune cu precizie.

Totuși, *Olivier Mond* și *Garcia Bengochea*, bazați pe un număr destul de apreciabil de cazuri operate, arată că indicațiile Pneumotoraxului art. extra pleural trebuiesc privite dintr'un dublu punct de vedere: anatomo-patologic și clinic.

Din punct de vedere anatomo-patologic trebuie să se țină seamă, ca:

1. Leziunile să fie localizate; leziunile ulcero-cazeoase întinse și dense fiind o contra indicație;

2. Leziunile să fie apicale sau subapicale;

3. Cavernele mici și centrale, constituesc cea mai bună indicație; cavernele sub-corticale sunt o contra indicație.

Din punct de vedere clinic, Pneumotoraxul art. extra pleural, este indicat în:

1. Leziunile recente, și

2. In formele puțin evolutive sau torpide.

Contra-indicațiile rees ușor din cele arătate mai sus; ele țin de întinderea și situația leziunei cavitare sau de forma evolutivă a tuberculozei:

1. Leziuni prea întinse, cu infiltrații cazeoase difuze, leziuni puternic organizate, lobite scleroase, etc.

2. Cavernele voluminoase și în special cavernele periferice;

3. Leziunile prea vechi, cu țesut rigid și nerectractil;

4. Leziunile granulice și difuze; formele macro-nodulare; formele grave cu evoluția rapidă;

5. Leziunile însoțite de o pleurezie purulentă.

In concluzie, în prezența unui Pneumotorax artificial intra-pleural incomplet, și anume:

1. care după 1—3 luni dela creiarea lui, lasă o cavernă centro-apicală deschisă.

2. sau în cazul unui Pneumotorax art. intra-pleural incomplect cu simfiza vârfului, leziunea fiind stabilizată, — trebue să ne gândim imediat la oportunitatea unui Pneumotorax art extra-pleural, — ambele cazuri constituind indicațiile majore ale metodei.

Pneumotoraxul art. extra-pleural neadresându-se deci decât leziunilor simfizate, principiul metodei constă în liberarea jumătății superioare a pulmonului, prin decolare pleuro-pulmonară.

Pneumotoraxul art. extra-pleural comportă doi timp distincți: primul chirurgical de creiație și secundul medical de întreținere.

Tehnica chirurgicală constă în rezecția celei de a 4-a coastă înapoi, sau a celei de 2-a coastă în față, pe o lungime de 8—10 cm., după anestezie locală.

Unii chirurgi — în cazurile cu leziuni întinse și externe, — intervin pe cale axilară. Se decolează apoi cu mâna și sub controlul vederei, pleura parietală de scheletul rigid al toracelui, liberându-se vârful pulmonului de toate organele ce îi asigură fixitatea.

Vârful pulmonului liberat și acoperit de cele două pleure simfizate, se retractă, rămânând suspendat de bifurcația traheală. Plaga operatorie se închide fără drenaj. Punga de aer astfel formată, trebue întreținută prin insuflații regulate, exact ca și în Pneumotoraxul art. intra-pleural. Intreținerea ei este însă delicată căci cere o supraveghiere atentă prin examene repetate radioscopice, — acțiunea medicului, mărginindu-se să pareze zilnic, accidentele de hiper sau hipopresiune.

Insuflațiile vor fi foarte apropiate în primele 15 zile după operație, — după care, se vor rări, putând ajunge a se face odată pe lună și chiar mai rar, — țesutul subpleural ne având aceiași putere de absorbție ca fața externă a pulmonului.

Urmările operatorii, nu sunt întotdeauna satisfăcătoare. *Schmidt* (Heidelberg), pe un lot de 155 bolnavi operați în 18 luni, — arată că în 52 de cazuri a fost obligat să întrețină colapsul prin oleotorax; în 7 cazuri a făcut toracoplastii secundare; în 12 cazuri colapsul a fost insuficient, iar 14 cazuri au decedat. Dintre aceștia din urmă: 2 în raport imediat cu operația; 9 prin evoluție rapidă, uni sau bilaterală a maladiei și 3 după toracoplastii secundare. In rezumat, din 155 bolnavi operați, numai 70 au beneficiat de un colaps satisfăcător.

Avantajele metodei se rezumă în asemănarea sa cu Pneumotoraxul art. intra-pleural, asigurând colabarea perfectă a leziunei și respectând totuși funcțiunea respiratorie a bazei pulmonului. Nici o altă metodă chirurgicală, nu permite o liberare atât de complectă a porțiunei supra-hilare respectând totodată funcțiunea sa expectorantă. Ea realizează un colaps vertical pe care toracoplastia nu-l poate da, lăsând leziunei toată libertatea ca să se retracte.

In plus, metoda permite de a asigura menținerea colapsului, prin reînsuflații de aer, care se fac după tehnica Pneumotoraxului art. intra-pleural.

In afara acțiunei sale curative, Pneumotoraxul art. extra-pleural, poate să aibă în anumite cazuri și o acțiune paliativă; constituind în aceste cazuri, primul timp operator al unei viitoare toracoplastii.

In concluzie, Pneumotoraxul artificial extra-pleurtl — minus complicațiunile frequente și reale, ce comportă această intervenție, și care sunt: hemoragia și infecția, — constitue o achiziție esențială în tratamentul chirurgical actual al Tuberculozei pulmonare.

Filaxia în biologie şi clinică*)

de Dr. D. TIMUŞ şi Dr. A. POPA
Asistent Universitar

Dacă noţiunea de filaxie e astăzi încă prea puţin răspândită în lumea medicală, în schimb fenomenul biologic pe care îl reprezintă este destul de bine cunoscut şi e deseori aplicat în clinică.

In articolul de faţă vom pune în lumina ultimelor cercetări această interesantă problemă insistând mai ales asupra modului în care acţionează substanţele filactice; vom aminti de câteva substanţe al căror rol filactizant e mai bine cunoscut, arătând mecanismul filaxiei lor şi vom insista asupra anestezicilor şi paraldehydei (studiată de noi) a căror filaxie întrebuinţată în clinică constitue un succes al metodei filactice.

Filaxie (noţiune introdusă în ştiinţă pentru prima oară de Billard, 1926) înseamnă apărare nespecifică, sau, dacă ne este permis a întrebuinţa un termen incorect dar sugestiv, imunitate nespecifică. Spre deosebire de imunitatea humorală, specifică, filaxia e caracterizată prin:

a) lipsa anticorpilor,

b) rapiditatea de apariţie a imunităţii,

c) lipsa de specificitate a imunităţii, ea fiind obţinută printr'o substanţă de natură cu totul deosebită decât aceea a substanţei nocive,

d) e o imunitate celulară şi nu humorală. Aceasta este un caracter esenţial şi singurul care ar apropia filaxia de mitridatizare (creşterea rezistenţei celulare prin obişnuinţă).

Dăm ca exemplu de filaxie, experienţa care a fost punctul de plecare al studiilor lui *Billard:* un cobai, căruia i s'a injectat în prealabil o doză nemortală de sparteină (5-6 mgr. pe 100 gr. animal) rezistă în urmă la injectarea mai multor doze (5) mortale de venin de viperă, fără a prezenta simptome de intoxicaţie.

Filaxia este un fenomen biologic, care se prezintă sub aspecte variate, atât prin natura substanţelor utilizate ca filactice, cât şi prin scopul în care este întrebuinţat, preventiv sau curativ. Substanţe filactizante sunt multe; studiate însă n'au fost decât puţine: sparteina, alcoolul, uroformina, hipnoanestezicele (gardenal, cloral, paraldehyda), anestezicele (cloroform, ether).

O acţiune filactică importantă o au apele minerale; această acţiune este bazată pe intervenţia electroliţilor acestor ape. Trebue să spunem dela început că multe substanţe pot fi întrebuinţate ca substanţe filactizante, căci ceeace le conferă acest caracter nu este natura lor, ci doza şi momentul administrării. E dela sine înţeles că substanţele nocive, atunci când sunt administrate în scop filactizant, se vor administra în doze mici, nevătămătoare.

In scop preventiv o substanţă filactizantă fixându-se pe lipidele celulare ale sistemului nervos va împiedica fixarea substanţei nocive neurotrope şi apariţia fenomenelor morbide. In ce priveşte filaxia curativă, primele cercetări cari să dovedească existenţa ei, sunt cele făcută de *Bang* şi *Goebel*, care arată că se poate deblocа — cu ajutorul acidului clorhidric — veninul de pe hematiile înveninate, evitând astfel hemoliza. *Morgenroth* (1905) arată că un acid poate libera neurotoxina din amestecul atoxic venin plus ser antiveninos, iar *Calmette* şi *Massol* (1907) găsesc că alcoolul are aceiaşi acţiune de dislocare a veninului. Mai târziu, *Tiffeneau* şi *Marie* dislocă prin intermediul diferiţilor agenţi ca: vidul, papaina, etherul, cloroformul, alcoolul, toxina dintr'un amestec creer-toxină, devenit atoxic prin fixarea toxinei pe sistemul nervos *(Wasserman* şi *Takaki). Billard, Dujarric de La Rivière, Tissier* şi *Lafaille* au dovedit acţiunea filactică a sparteinei contra toxinelor difterică şi tetanică, iar *Noblia* aceeaşi acţiune contra stricninei.

Capitolul cel mai important al filaxiei îl constitue desigur filaxia substanţelor anestezice şi a substanţelor hipno-anestezice; cercetările în acest domeniu au fost mai numeroase şi rezultatele practice obţinute sunt din cele mai satisfăcătoare. In clinică ne-a dat cunoscuta metodă *Dufour* din tratamentul tetanosului. Rolul cloroformului asociat la seroterapia anti-difterică a fost studiat experimental de *Billard*, care conchide că anestezia favorizează neutralizarea toxinei deja fixată pe lipidele sistemului nervos. *Le Clerc* în 1928 dovedeşte prin experienţe făcute in vitro că anestezicele liberează toxina tetanică fixată pe substanţa cerebrală. *Prof. Nitescu* suprimă accesele de epilepsie experimentală şi convulsiile stricnice prin injecţii intravenoase de paraldehydă. Unul dintre noi *(Timuş*, 1934), a publicat deasemenea rezultatele foarte favorabile obţinute (in) (vivo) şi in vitro prin metoda filactică, utilizând ca substanţă filactizantă tot paraldehyda. Intr'o serie de cercetări experimentale, pe cobai, am studiat în detaliu această acţiune filactică a paraldehydei. Astfel, faţă de intoxicaţia cu sparteină, filaxia preventivă a paraldehydei e foarte netă, un animal anesteziat cu paraldehydă nu va prezenta simptome de intoxicaţie sporteinică dacă doza mortală de sulfat de sporteină îi este administrată în timpul anesteziei.

Acţiunea preventivă a paraldehydei scade odaă cu eliminarea ei din rganism, deci paralel cu dilinuarea anesteziei.

Aceeaşi acţiune preventivă se manifestă în cazul injecţiei simultane a celor două substanţe şi în cazul când injecţia substanţei filactizante (paraldehyda) s'a făcut în primele minute după intoxicaţie, adică înainte de apariţia primelor simptome. Acţiunea curativă nu se manifestă decât dacă paraldehyda se administrează scurt timp după apariţia semnelor de intoxicaţie sparteinică. Injectând sparteina şi paraldehyda amestecate în vitro, animalul supravieţuieşte fără să prezinte nici un fel de intoxicaţie.

Filaxia nu se mai produce atunci când doxa mortală de sparteină a fost mult depăşită. Cel mult se poate obţine o întârziere a morţii animalului.

In ceeace priveşte acţiunea contra neurotoxinelor, am constatat deasemenea că, dacă în tratamentul unui animal injectat cu toxină tetanică se asociază paraldehyda la tratamentul seroterapic, se obţin întârzieri mari ale morţii sau chiar supravieţuiri cari nu s'au obţinut prin tratamentul seroterapic exclusiv. Acest tratament trebue însă început cât mai curând după apariţia simptomelor de intoxicaţie. Explicarea justă a acţiunei favorabile incontestabilă pe care o prezintă metoda filactică o demonstrează *Le Clerc;* el arată că anestezicul deblochează toxina depe substanţa nervoasă pe care fusese fixată în prealabil. In cazul metodei *Dufour*, toxina, deblocată depe substanţa nervoasă va fi în urmă neutralizată de serul antitetanic.

Noi, utilizând metoda lui *Le Clerc*, am demonstrat că paraldehyda posedă proprietăţi asemănătoare cu ale cloroformului din metoda *Dufour*. Fără a intra în amănuntele experienţei, vom aminti doar că am reprodus mai întâi experienţa lui *Wassermann* şi *Takaki:* o emulsie de creer pusă în contact cu mai multe doze mortale de toxină tetanică, neutralizează toxicitatea lichidului de centrifugare obţinut; e o dovadă că toxina s'a fixat pe substanţa cerebrală. Când în acest amestec netoxic am adăugat cantităţi variate de paraldehydă (X-L picături) lichidul şi-a redobândit toxicitatea; e o dovadă netă că toxina a fost deblocată depe substanţa cerebrală. In felul acesta am putut reproduce in vitro fenomenul care se produce în vivo în metoda *Dufour*.

Când aplicăm metoda filactică contra neurotoxinelor, trebue să ţinem seamă de faptul că această acţiune nu se exercită decât atât timp cât anestezicul impregnează în mod sufi-

*) Lucrare făcută în: Laboratorul de Fiziologie. Director: *Prof. Dr. I. I. Nitescu.*

cient organismul, aşa încât cu o singură anestezie preventivă contra toxinei difterice, rezultatele vor fi mult mai satisfăcătoare decât cele obţinute în aceleaşi condiţii contra toxinei tetanice. Intr'adevăr, aceasta din urmă, având o perioadă de incubaţie mult mai lungă, dacă anestezia va fi de scurtă durată, toxina îşi va continua efectele nocive după deşteptarea animalului. Deasemenea când întrebuinţăm metoda filactică în scop curativ (metoda *Dufour*), nu trebue să uităm că rezultatele vor fi cu atât mai favorabile cu cât metoda se va aplica mai devreme, deci cu cât modificările fizico-chimice produse de fixarea toxinei la nivelul celulelor sunt mai puţin accentuate. In al doilea rând, acţiunea filactică a anesteziceloe se exercită numai atât timp cât organismul e în stare de anestezie, deci anesteziculul e prezent în cantitate mare în organism; în consecinţă vom face seroterapia în acelaş timp cu anestezia pentru ca serul să neutralizeze imediat toxina deblocată de anestezic şi vom repeta anestezia cât mai des posibil pentru ca şi cantitatea de toxină deblocată să fie cât mai mare. Dar pentrucă repetarea anesteziilor cu cloroform sau ether este foarte nocivă pentru organism, vom prefera hipnoanestezia cu paraldehydă. Aceasta are ca avantaje:

a) produce un somn anestezic prelungit: 4—10 ore.

b) nu are nici o acţiune nocivă asupra organismului (nu modifică presiunea sanghină, frecvenţa pulsului, ritmul respirator), putându-se astfel administra de două ori pe zi.

c) permite alimentarea bolnavului (în cazul tetanosului) în intervalul dintre momentul dispariţiei convulsiilor şi perioada de somn—suprimând în acest interval trismusul.

Filaxia contra neurotoxinelor în clinică.

I. *Faţă de toxina tetanică.* Rezultatele cele mai frumoase ale metodei filactice au fost obţinute în tratamentul tetanosului, unde metoda e cunocută sub numele de metoda lui *Dufour*.

In 1925, *Dufour* şi *Duhamel* comunică primul caz de tetanos vindecat prin asocierea cloroformizării la seroterapie. *Dufour* îşi exprimă convingerea că cloroformizarea a produs o modificare în metabolismul celular, sensibilizând sistemul nervos faţă de acţiunea anticorpilor din ser. Această primă observaţie a fost punctul de plecare al unei întregi serii de publicaţii analoage, care toate recunoşteau efectele incontestabil favorabile ale anesteziei în tratamentul tetanosului, numind noua metodă cu numele descoperitorului ei.

Astfel în 1926, *M. Ravina*, *Dufour*, *Widiez* şi *Casteran*, *Brulé* şi *Lenègre* comunică rezultatele favorabile obţinute prin aceeaşi metodă.

Guilain şi *Sèze* susţin că anesteziciii pot modifica modalităţile de fixare ale toxinei tetanice pe nucleii bulboprotuberanţiali făcuţi astfel mai puţin excitabili.

Archambaud şi *Friedmann* explică mecanismul acestei acţiuni mai puternice a serului în timpul anesteziei generale, prin slăbirea combinaţiei dintre toxina tetanică şi ţesutul nervos, datorită de sigur acţiunei inhibitoare a cloroformului asupra celulei nervoase. Toxina tetanică astfel eliberată, ar fi mai accesibilă antitoxinei din ser. După aceşti autori, anesteziculul ar mai lucra şi prin relaxarea musculară, care pe de o parte evită crizele fatale de asfixie, iar pe de alta permite injectarea intra-rahidiană a serului. Administrarea celorlalte calmante: cloralul, morfina, etc., poate fi justificată în cazurile grave pentru a scădea contracturile în intervalul anesteziilor sau pentru a face mai uşoară anestezia cloroformică. *F. Coste* (1930) din cele 22 cazuri tetanos tratate prin metoda *Dufour*, trage şi el concluzia că anestezia generală favorizează în mod surprinzător acţiunea serului. El insistă asupra faptului că eterul nu dă rezultate atât de bune ca cloroformul şi că pentru a obţine rezultate cât mai bune trebue să impregnăm puternic organismul cu anestezic. *Le Clerc* (1931) susţine — pe baza rezultatelor sale experimentale făcute in vitro — că rolul anesteziciilor e de a elibera toxina din amestecul neutru creer toxină şi aceasta e apoi neutralizată de ser. In consecinţă, recomandă anestezii profunde, precedate, însoţite şi urmate de injecţii masive de ser, pentru ca să nu rămână torină deblocată ne neutralizată: în acest caz, aceasta s'ar refixa pe ţesuturi. El combate afirmaţia după care rezultatele favorabile obţinute prin anestezie s'ar datora administrărei serului pe cale intrarahidiană.

Prof. *I. I. Niţescu* preconizează în 1932 înlocuirea cloroformului prin paraldehydă şi publică împreună cu Profesor *I. Iacobovici*, primul caz de tetanos visceral vindecat prin asocierea la seroterapia intensivă, a anestiziei generale cu paraldehydă.

Unul dintre noi (*D. Timuş*, 1934) în studiul său asupra indicaţiunilor anesteziei cu paraldehydă, publică rezultatele extrem de favorabile obţinute în tratamentul tetanosului la om prin asocierea la seroterapie, a anesteziei exclusiv cu paraldehydă, arătând că se obţin cu această substanţă rezultate mult mai bune ca prin utilizarea cloroformului. In studiul nostru experimental, am putut confirma acţiunea vădit favorabilă pe care o are anestezia prin paraldehydă asupra seroterapiei anti-tetanice, acţiune care, întocmai ca pentru cloroform se explică prin deblocarea toxinei depe substanţa nervoasă.

2. *Faţă de toxina difterică.* Cazurile de difterie tratate prin metoda filactică sunt mai puţin numeroase ca cele de tetanos. De altfel, din rezultatele publicate de *F. Noblia* şi *R. Cruchet*, se pare că succesele sunt mai puţin demonstrative în difterie. Desigur că aceasta se datoreşte faptului că metoda filactică se aplică de obiceiu în extremis; în cazurile uşoare nu se aplică de frica acţiunei nocive a cloroformului asupra ficatului şi organismului infectat. O a doua cauză a insuccesului trebue căutată în faptul că toxina difterică nu atinge numai sistemul nervos ca cea tetanică, ci lezează ficatul, rinichii, etc. Totuşi, *Dodel* şi *Mathieu* publică în 1932 câteva cazuri de paralizii difterice vindecate prin asocierea la seroterapia anti-difterică a cloroformului administrat pe cale gastrică. *Billard* recomandă şi el această metodă în difterie şi afirmă că este indispensabil de a nu aştepta ultimele zile pentru începerea acestui tratament. Indată ce malignitatea tinde să se manifesteze şi accidentele neurotoxice se arată, nu e nici un inconvenient de a asocia anestezia cloroformică la injecţiile cu ser antidifteric în doze mari, urmând aceleaşi indicaţiuni ca la tetanos: se vor practica şi aci injecţii subcutanate, intramusculare şi chiar intravenoase în formele hiper-toxice. Nu trebue ezitat de a se utiliza şi calea intrarahidiană.

Din datele de mai sus, putem conchide că metoda filactică, al cărui principiu este asocierea anesteziei la seroterapia masivă, este o metodă foarte eficace atunci când este aplicată după toate regulile: injecţiile cu ser trebue să fie masive şi să fie făcute înainte, în timpul şi după anestezie; de asemenea tratamentul trebue început cât mai devreme. Nu trebue să aşteptăm lucruri imposibile dela tratamentul filactic, adică să nu aşteptăm vindecări miraculoase ale bolnavilor în ultima fază a bolii, deşi s'au văzut şi din acestea. Aplicată la timp, metoda filactică e menită să aducă multe vindecări neaşteptate. Dacă s'a obţinut uneori cu această metodă şi unele rezultate mai puţin demonstrative, aceasta nu poate fi o dovadă de lipsa de eficacitate a metodei, ci înseamnă cel mult că n'au fost stabiliţi încă toţi factorii optimi în care trebue aplicată metoda. Desigur că timpul şi odată cu el experienţa vor perfecţiona această metodă filactică, care deşi e abia la începutul ei, a dat până acum rezultate foarte favorabile.

«Obesitatea nu este o maladie gravă. Nu te omoară în»
«câteva luni, dar te face să mori zece ani mai de vreme»

Lipolysin

Hemming

Hormon ovar, Tiroidă, Lob. ant. hipofiz. Timus.

Slăbire rapidă şi fără pericol

3 drag. pe zi înaintea mesei sau 4 inj. 1 cc. intramusc. săptămânal.
Indicat tratamentul combinat simultan.

Codex S. A. R., Calea Şerb-n-Vodă 41, Bucureşti

SOLMUTH

Bismut liposolubil în fiole
de 1,25 cc. conţinând
5 ctgr. bismut metal.

Stabilitate absolută. Complect
nedureros.

Cutii 6, 12 şi 50 fiole

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

„Farmako“

LABORATOR DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE.

Pulmonin
„Farmako“

Antiseptic pulmonar puternic în gripă, bronşită, pneumonii, bronchopneumonii

Adulţi: 1—2 fiole pe zi
Copii: 1/2—1 fiolă pe zi.

Asociaţie de chinină bazică şi camfor, dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole à 1,1 ccm. şi 2,2 ccm.

Creosocalcin
„Farmako“

Rezultate remarcabile în toate afecţiunile pulmonare: bronşite acute şi cronice, tbc. pulmon., gripă, tuse convulsivă; profilactic.

Plăcut la gust şi miros.

Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Sulfocreosotat de potasiu, fosfat de codeină, nitrat de aconit, lactofosfat de calciu.

Flacoane mari şi reduse.

Analgosan
„Farmako“

Analgetic de un efect puternic şi constant în cefalalgii, migrenă, lumbago, sciatică, nevralgii, dismenoree, dureri de dinţi.

1—4 tablete pe zi.

Dimetilaminoantip.
Acetamidofenetol.
Trimetilxantină.
Sare de Pelletier brom

Cutii cu 12 comprimate.

STREPTOCOCCII

TRATAMENT PREVENTIV ŞI CURATIV

MENINGOCOCCII
PNEUMOCOCCII
GONOCOCCII

INFECŢIUNI URINARE

SEPTOPLIX

1162 F

p-amino fenilsulfamid

Admis pentru prescripţie
în Spitalele Asistenţei Publice Franceze,
în Serviciile Sanitare ale Ministerului de Răsboi Francez,
şi
adoptat de Ministerul Sănătăţii Publice Francez.

PARIS-7e

THÉRAPLIX

Propagande medicale: „THERAPLIX“ Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

CONSOLIDAREA STAGIULUI DE INTERNAT IN SPITALELE PUBLICE

de Profesor Dr. P. TOMESCU

Grijile foarte acute ale prezentului, oricât de mari şi de acaparante ar fi, nu ne poate îndreptăţi să neglijăm problemele viitorului.

De aceea astăzi, când lumea medicală românească este preocupată de chestiunea organizărei militare din punct de vedere medical şi de problema unei reorganizări sanitare care să amelioreze condiţiile de viaţă ale poporului, în totalitatea lui, — găsim totuşi util să abordăm o problemă care se va părea, unora din cititori, de mică importanţă şi fără actualitate.

În divergeenţă însă cu această opinie, considerăm că pregătirea unei puternice elite medicale este nu numai absolut necesară, dar o datorie imediată a acelora cari, sub diferite forme, conduc medicina românească.

Dacă prin alianţe şi tratate economice se pot obţine, la un moment dat, mijloacele technice pe cari ştiinţa contemporană le utilizează, socotim că este o imposibilitate să importăm oameni specializaţi, pe o scară întinsă, sau să-i preparăm pe ai noştri, în câteva luni.

De aceia trebue să organizăm — din timp — pregătirea temeinică a generaţiilor medicale tinere.

Cineva care nu cunoaşte condiţiile, cu totul particulare, în care un bun medic se desvoltă, va fi surprins că această problemă se poate pune de un membru al corpului didactic şi că ea se poate rezolva paralel şi concomitent, cu viaţa universitară a studentului.

Medicii vor înţelege însă fondul chestiunei şi vor aprecia argumentaţia noastră.

In adevăr, cursurile oficiale ale Facultăţilor de Medicină, urmăresc pregătirea standardizantă a viitorilor medici.

De altfel aceasta este scopul şi posibilităţile oricărei şcoale: egalitară în metode şi în rezultate.

Cum aptitudinile elevilor sunt variate şi iniţiativele individuale sunt uneori impetuoase, avem acele diferenţieri pe care şcoala le stabileşte, printr'o clasificare nu totdeauna justă şi rareori confirmată de evoluţia ulterioară în viaţa socială.

Acest defect al şcoalei, a fost corectat în medicina franceză prin organizarea instituţiilor de externat şi de internat, cari s'au desvoltat concomitent şi paralel cu învăţământul universitar.

La spitalele din Bucureşti aceste instituţii, funcţionează de foarte multă vreme, iar la cele din Iaşi au fost introduse cu mult înaintea războiului.

Rezultatele la cari s'a ajuns şi cari pot fi examinate astăzi pe o lungă perioadă de timp, sunt admirabile.

Pe când şcoala egalizează şi standardizează, stagiul de externat şi de internat, diferenţiază oamenii, le desvoltă personalitatea, îi ierarhizează în raport cu însuşirile, cu talentul şi cu puterea lor de muncă.

Tot ceia ce a fost şi este mai strălucit în medicina românească a vechiului regat, s'a format în şcoala internatului şi externatului.

După o experienţă îndelungată şi atât de reuşită, diferitele autorităţi au crezut că se putea păşi la generalizarea sistemului.

Instituţiile medicale ale Capitalei şi-au organizat concursurile lor, după modelul spitalelor Eforiei şi a celui Brâncovenesc. Am avut atunci externi şi interni ai Asigurărilor sociale şi ai instituţiilor medicale ale Căilor ferate.

In 1937 Ministerul Sănătăţii a organizat concursul său de internat pentru spitalele ce avea în centrele universitare.

In momentul când numărul locurilor a sporit foarte mult, o altă idee şi-a făcut drum: Unificarea concursurilor şi stagiilor de externat şi internat la toate instituţiile medicale din Capitală. Această idee a fost susţinută de D-nii Profesori Bălăcescu, Iacobovici şi de noi.

Din nefericire ea nu a putut fi realizată, deşi la un moment dat, — prin 1937 — toată lumea era de acord.

Anul acesta s'a făcut însă, un progres însemnat, întrucât Ministerul Sănătăţei a publicat concurs de internat pentru 99 locuri: 4 în Bucureşti şi 95 în spitalele din provincie. Graţie acestei măsuri numărul total al locurilor de interni a crescut cu 95 pe lângă cele aproximativ 169, cari erau până acum.

Tot în acest an s'a introdus stagiul de internat la Clinicele universitare din Cluj. La concursul ce s'a ţinut de curând, s'au prezentat pentru cele cinci locuri publicate, 6 candidaţi, dintre cari au reuşit... 4. (Mărturisim că nu înţelegem exigenţele comisiei, mai ales că acest concurs recrutează elemente doritoare de a învăţa, — nu selecţionează oameni complect pregătiţi, cărora să li se încredinţeze locuri de conducere).

Ceia ce ţinem să subliniem este că, în anul acesta internatul a fost consolidat puternic în spitalele publice prin înmulţirea locurilor şi prin introducerea lui şi la Cluj.

Graţie acestor hotărîri, un număr foarte mare din absolvenţii Facultăţilor noastre vor avea o temeinică pregătire medicală şi prilejul de a se desvolta în raport cu aptitudinele şi cu talentul lor.

In modul acesta, clasa conducătoare îşi îndeplineşte una din îndatoririle ei fundamentale către tineri, — aceia de a le da posibilitatea unei utilizări care să ţină seamă de însuşiri şi unei evoluţii în raport cu talentul înăscut şi cu munca depusă.

Introducerea internatului în spitalele mari din provincie, va însemna un real progres pentru aceste instituţii. Internul este prin vârsta sa, prin entusiasmul şi prin lecturile sale, — un element dinamic de mare valoare, care va exercita, cu siguranţă, o influenţă binefăcătoare asupra spitalelor noastre.

La rândul lor, internii vor găsi un câmp frumos şi rodnic de activitate în serviciile mari din provincie. Ele sunt conduse de medici primari eminenţi, cari vor şti să fie pentru tinerii interni nişte buni patroni, stimulându-le iniţiativele şi apreciindu-le entusiasmul.

Dar în afara posibilităţilor de lucru ce se dau internilor, stagiul lor în diferite centre provinciale, le va deschide noui perspective de viaţă pe plan spiritual ca şi pe cel medical.

Capitala, pe lângă multele ei avantagii, are şi un mare desanvantagiu: limitează orizontul. Trăind viaţa ei sbuciumată ni se pare că numai aici putem lucra în bune condiţii, numai aici ne putem desvolta, numai aici munca noastră va avea randament şi pe planul moral şi pe cel material. Internii cari îşi vor face stagiul în spitalele din provincie, vor avea ocazia să se convingă, prin impresiuni directe, că acolo se poate desvolta o activitate medicală intensă într'un cadru de linişte, în care oamenii sunt mai buni şi mai calmi decât în marile metropole.

Dar mai presus de aceste avantagii ale instituţiilor sanitare şi ale personalului medical, vedem, în consolidarea internatului şi în înmulţirea locurilor, un mare progres pentru pregătirea temeinică a nouei generaţiuni medicale:

Pregătire ştiinţifică, pregătire profesională şi pregătire morală pe care numai studiul temeinic în spital, — o poate da.

Având, dintr'o experienţă personală pe care o fac zi de zi, o deplină încredere în valoarea elementelor tinere, sunt convins că ele vor găsi în spitalele publice şi mijloacele materiale indispensabile şi mediul intelectul necesar şi oamenii înţelegători şi capabili pentru formarea lor medicală şi spirituală.

Congresul Societăţii germane de cardiologie

de Dr. EUGEN MORARIU
Asistent al Institutului de Balneologie din Cluj.

In fiecare an are loc în *Nauheim*, în cursul lunei Martie, congresul Societăţii germane de cardiologie. Cel de 11-lea congres anual s'a ţinut în zilele de 26 şi 27 Martie, având la ordinea zilei, ca subiect principal: Colapsul cardio-vascular. Nu se putea face o alegere mai potrivită pentru ţinerea congresului decât această staţiune balneară cu renume mondial în tratamentul afecţiunilor cardio-vasculare. Rezultatele bune ce se obţin în patologia cardio-vasculară cu apele minerale din Nauheim, fac să crească progresiv numărul vizitatorilor care în fiecare an beneficiază de balneoterapia din această staţiune şi-şi refac deficienţele aparatului circulator.

Prezidenţia congresului a avut-o prof. *Nonnenbruch* dela Universitatea germană din Praga, iar şedinţele s'au ţinut în sala de conferinţe a Institutului Kerckoff, institut care stă ca o dovadă a gratitudinei faţă de băile Nauheil pentru numărul de ani în care şi-a refăcut sănătatea acest personagiu american.

In general, organizaţiunea congresului a fost la înălţimea cerută, iar ca participanţi, în afară de cei 396 membri activi, au luat parte la şedinţe un mare număr de medici neînscrişi localnici şi cei câţiva membri de onoare.

Raporturilor s'a acordat o oră pentru expunere, timp care însă a putut să fie depăşit, iar comunicatorilor li s'a rezervat 5-8 minute. Foarte practic a fost întocmită marcarea timpului de vorbit pentru comunicatori. In mod automat, prin becuri electrice de diferită culoare, fixate în faţa conferenţiarului se semnala numărul de minute de care se poate dispune, iar la expirarea timpului un bec roşu şi o sonerie anunţau sfârşitul comunicării. In acest fel programul a putut să fie în întregime epuizat, nefiind nevoie de prelungiri obositoare sau de renunţarea obicinuită, la o parte din program.

După cuvintele de bun sosit şi urările obişnuite s'a intrat în ordinea de zi. Atât rapoartele cât şi aproape toate comunicările din prima zi s'au ocupat de colaps, iar în ziua a doua s'au prezentat chestiuni de patologie a aparatului cardio-vascular, mai mult observaţiuni personale ale diferiţilor cercetători.

Primul raport asupra patologiei experimentale a colapsului a fost prezentat de *D-na K. Gollwitzer-Meier*. Raportoarea se ocupă în mod amănunţit de felul cum se comportă pulsul, tensiunea arterială şi starea de plenitudine vasculară în colapsul experimental şi insistă mai mult asupra modului în care se produce la animalele de laborator, colapsul prin injecţia de *histamină*. Această substanţă are o acţiune de vasodilataţie periferică pronunţată şi o scădere a tensiunei arteriale. Ea acţionează asupra splinei în sens simpaticotonic, iar asupra ficatului în sens vagotonic. *Prof. Siebeck* se ocupă de colaps din punctul de vedere a medicinii interne. D-sa remarcă că starea de colaps apare la persoane cu o predispoziţie, cu o labilitate reacţională. De relevat este constatarea că în colaps sau la persoane predispuse pentru a face colapsul, se găseşte un deficit de ClNa în sânge şi prin aceasta, probabil, o turburare în echilibrul altor săruri. Colapsul fiind o stare acută, trebue recunoscut şi tratamentul trebue aplicat imediat. In mod profilactic se obţin rezultate bune prin injecţii de sol 10% ClNa, dietă strictă înainte de operaţii, fructe şi sucuri de fructe şi lichide în cantitate abondentă. *Prof. Kirschner* se ocupă de problema colapsului din punctul de vedere chirugical. Intr'adevăr, din întreaga ştiinţă de vindecare, singur, prin intervenţia sa, poate aduce mai uşor organismul în pericolul de a face colaps. De aceea, trebuesc evitate toate acele momente dăunătoare înainte de operaţie ca spre exemplu înfometarea sau purgaţiunea drastică. In chirurgie are mare rol felul anesteziei şi componenţa psihică, care trebuesc avute în vedere. Ultimul raport a fost cel prezentat de *Prof. Schoen*, care s'a ocupat de farmacologia şi terapia specială a colapsului. Autorul enumeră o serie de medicamente cu efecte bune asupra aparatului circulator central sau periferic, arătând avantajele unei combinaţii în unele cazuri. Dintre preparatele mai bune insistă ceva mai mult asupra *efetoninei*, *efedrinei* şi se ocupă apoi în mod detailat de mecanismul de acţiune a *veritolului*, unul dintre cele mai bune preparate în colaps.

Partea a doua din prima zi de congres a fost rezervată comunicărilor şi discuţiei. Cea mai mare parte dintre comunicări s'a restrâns să aducă date clinice, statistice sau experimentale asupra acţiunei *viitorului*. Aproape toţi au fost de acord în a accentua efectul bun ce se obţine cu acest preparat, care fără îndoială, după afirmaţia prof. Schoen, are efecte deosebite, dacă se caută acţiunea sa asupra aparatului cardio-vascular la persoane sănătoase, sau dacă se observă acţiunea sa asupra colapsului experimental la animale. Dintre comunicări o atenţiune mai mare merită expunerea lui *Ewig*, care afirmă, că în combustiuni moartea survine aproximativ în 75% în primele 24 de ore din cauza rezorbţiunei de substanţe toxice, cari produc o eliminare foarte accentuată de sânge din aparatul vascular în ţesuturi. Nu dispunem încă de un mijloc pentru neutralizarea acestor toxice şi singura intervenţie ce putem face, este administrarea de lichide în mare cantitate.

Ziua a doua de congres deasemeni a fost împărţită în două părţi; în prima parte s'au prezentat rapoartele, iar în partea a doua s'au citit comunicări din partea diferiţilor cercetători, cari au prezentat date clinice sau experimentale privind aparatul cardio-vascular. *Prof. Eppinger* se ocupă în raportul său de modificările permeabilităţii în domeniul capilarelor. Dacă prima zi a congresului a privit colapsul ca o problemă hemodinamică, *Eppinger* caută să se ocupe de partea plasmatică şi protoplasmo-dinamică a colapsului. In colapsul de histamină, membrana capilară îşi pierde permeabilitatea şi se produce perivascular, o albuminurie tisulară — după cum o numeşte Eppinger — pe care, printr'o metodă specială, a reuşit s'o coloreze. Dacă experimental prin injectarea de *histamină*, de *alil*, *vanil*, *pirol* putem să producem colaps artificial şi putem să observăm acea albuminurie perivasculară, acelaş fenomen putem să-l observăm la om în anumite stări patologice. Prin staza lui Esmarch cu 40 mm. Hg, se produce, fără să fie prezente alteraţiuni ale permeabilităţii capilare, un transudat, care însă ia parte la circulaţie; aplicând o stază cu aceeaşi presiune la un pneumonic sau la un nefritic, vom putea observa o transudare de plasmă perivascular; se produce acea albuminurie tisulară tocmai din cauza, că în organismul celui bolnav circulă substanţe cari urcă în limite patologice permeabilitatea capilară. Că într'adevăr există astfel de substanţe este foarte simplu de dovedit; injectând unui animal de experienţă un transfiltrat din plasma unui pneumonic, animalul face albuminurie. Se produc deci alteraţiuni în permeabilitatea capilară dela nivelul rinichiului datorit substanţeor toxice prezente. La urcarea permeabilităţii capilare mai intervin şi alte componente între cari un rol mare revine componentei nervoase legată de funcţiunea vagului. Celulele nucleate conţin mai mult K, spre deosebire de tumorile organismului, în cari predomină Na. Prin anumite substanţe toxice se modifică nu numai permeabilitatea vasculară ci însăşi cea a membranelor celulare: prin aceasta iese din conţinutul protoplasmei K şi pătrunde în Na; astfel diferenţa de potenţial normală între parenchim şi plasmă începe să scadă. Prin albuminuria perivasculară se produce o stare patologică, care echiva-

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CARBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVI-e

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

van **Noox** **Amsterdam**

FĂINURI ALIMENTARE, DIETETICE ŞI DE REGIM

Fulgi de ovăz **Haferflocken** pentru copii şi adulţi, anemici dispeptici, bolnavi de ficat rinichi, inimă.

Cacao de ovăz **Haferkakao** pentru combaterea catarurilor intestinale, diaree, constipaţiuni exeme, mâncărimi. Se recomandă în toate cazurile nervoase.

Morgentau - gris de copii de cea mai pură calitate. Fin, curat, bogat în săruri nutritive. Pentru copii de toate vârstele.

Tapioca Exotică Pură, granule mari, albe, frumoase, fără praf.

Făină de orez Indispensabilă pentru alimentarea sugacilor. Previne şi vindecă diaree.

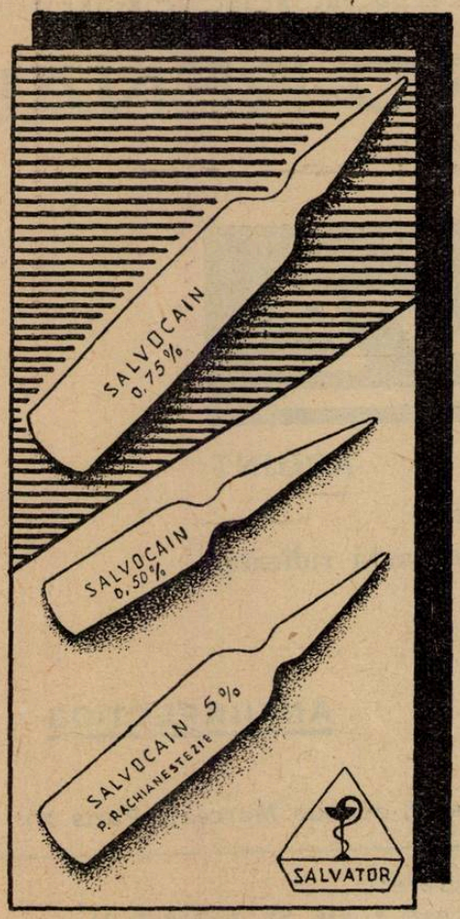
Bouillon gras din extract de carne, indispensabil pentru debili şi anemici.

Pentru variaţie de regim alimentar recomandaţi şi prescrieţi următoarele produse:

Făină de banane Noox
Făină de castane Noox
Cacao cu Tapioca Noox

Dezinfectant puternic pt. D-nii Medici: CAREFORM-ORIGINAL

Exclusivitate pentru România; SYNTEX, S. A. R. Bd. Maria No. 30, Bucureşti III.



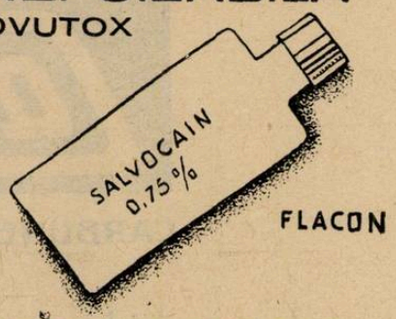
SALVOCAIN

CU ȘI FĂRĂ SUPRARENIN

STERILITATE INEPUIZABILĂ

DUPĂ PROCEDEUL NOVUTOX

1 NETOXIC
2 NEIRITANT
3 BACTERICID
4 HEMOSTATIC



FLACON

ANESTEZIC

LOCAL, REGIONAL ȘI LOMBAR

în toate ramurile chirurgiei.

INJECTABIL ȘI IN ȚESUTURI INFLAMATORII

CONCENTRAȚII:

0,50/0, 0,75/0, 1/0
ptr. rachianestezie sol. 5/0
în fiole dela 3—100 cmc.

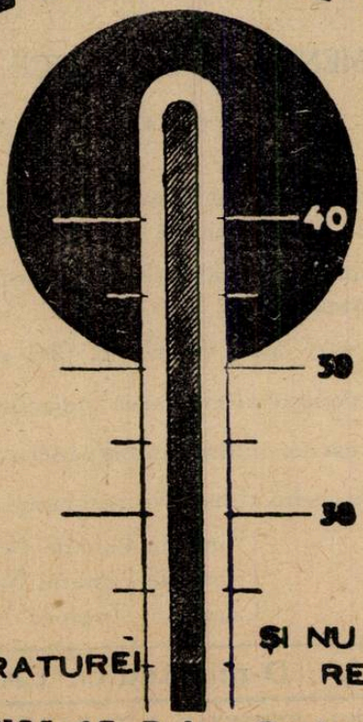
LABORATORUL „SALVATOR" BRAȘOV

Mostre și literatură: M. TATARSKY, București I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

LA TOATE INFECȚIUNILE GRELE, ACUTE...

SEPTICÉMINE

IMPIEDICĂ O REVENIRE A TEMPERATUREI



ȘI NU PROVOACĂ NICI O REACȚIUNE SAU ȘOC.

LAB. CORTIAL 16. Bulev. Pasteur. PARIS

Reprezentanța Generală pentru România, DROGUERIA STANDARD București, Str. Sft. Ionică 8.

lează cu o îngroşare a peretelui vascular; prin aceasta oxigenarea suferă, ştiind că celulele alterate au o mare nevoie de oxigen.

La Basedow există o astfel de îngroşare a peretelui vascular şi poate din cauza aceasta se utilizează, pe unitate de timp, mai mult oxigen decât la normali. *Prof. Fischer* se ocupă în raportul său de turburările funcţionale ale aparatului circulator periferic, spunând, că în afară de substanţele cunoscute cu acţiune asupra aparatului vascular, se mai găsesc în organism şi alte substanţe încă neidentificate, numite substanţe *H*, cari deasemeni influenţează acest aparat. Dacă la un organism normal un spasm arterial de durată mai lungă este urmat de alteraţiuni în celulele ţesuturilor neirigate de acest vas, la un organism al cărui aparat circulator nu este intact, un spasm arterial de durată ceva mai lungă este urmat de alteraţiuni în celulele ţesuturilor neirigate un timp, tocmai din cauza substanţelor toxice, prezente în cazurile de alteraţiuni cardio-vasculare. Al treilea raun timp, tocmai din cauza substanţelor toxice, prezente în cazurile de alteraţiuni cardio-vasculare. Al treilea raport din ziua a doua de congres, al *prof. Clara*, se ocupă din punct de vedere anatomic, de anastomozele arterio-venoase.

In afară de terminaţiunea capilară, arterele mai prezintă anastomoze cu venele, a căror număr, volum şi importanţă diferă dela un organ la altul. Prin contracţiuni sau dilatări ale acestor anastomoze pot să se producă modificări în debitul vi viteza de circulaţiune în vene.

In ceeace priveşte rolul pe care îl au aceste anastomoze, raportorul s'a limitat să spună că ele ar avea poate un rol în regularea cantităţei de sânge ce trece la capilare şi probabil ar avea un rol în starea de irigaţie şi nutriţie a organelor în decursul perioadei lor de activitate sau repaus. ,

Partea a doua a zilei a fost rezervată citirii comunicărilor personale în care s'au prezentat cercetări de mai mică importanţă. Intre aceste comunicări, ultima s'a ocupat cu mecanismul de acţiune a diferitelor căi asupra aparatului cardio-vascular la sănătoşi sau bolnavi, insistând mai mult asupra acţiunei apelor minerale din Nauheim aplicate sub formă de băi la diferite temperaturi şi la bolnavi cu diferite afecţiuni cardio-vasculare.

Această comunicare a prezentat un mare interes, a avut însă neajunsul de a se baza pe un număr prea mic de observaţiuni pentru a se putea trage învăţăminte concludente.

Discuţia, atât a rapoartelor cât şi a comunicărilor n'a fost prea importantă fiind foarte restrânsă.

BIBLIOGRAFII

Noţiuni de Laringologie Clinică de Profesor Dr. G. Buzoianu, Directorul Clinicii boalelor de nas, gât, urechi la Facultatea de medicină din Cluj. Cluj 1939 1 vol. 367 pag. şi 166 figuri.

Pentru a arăta tendinţele acestei valoroase lucrări, citäm câteva paragrafe din introducerea autorului:

«Noţiunile de laringologie clinică cari fac obiectul volumului de faţă, sunt bazate pe învăţământul pe care îl profesăm la Facultatea de Medicină din Cluj. Ele sunt destinate studenţilor în medicină, medicilor practicieni şi specialiştilor laringologi. Pentru aceşti scopul volumului de faţă este acela de a cuprinde o expunere a patologiei laringeene şi a celor mai potrivite mijloace terapeutice actuale.

Redactând această laringologie, datoria noastră nu a fost aceea de a construi teorii noui, ci de a comunica elevilor noştri impulsiuni de viaţă în domeniul specialităţii lor.

In acest sens noţiunile de laringologie clinică, expuse, pot servi încă pentru a contribui la transformarea unor concepţii vechi a laringologiei de altădată, destul de rezistente în a dispare la timp. N'am să citez decât persistenţa neîndreptăţită a metodelor active operatorii în tratamentul laringitei tuberculoase, persistenţa atitudinei expectative în cancerul laringean endocavitar, unde tocmai trebue să activăm operator, persistenţa, ilogică adesea, a cauterizărilor intralaringeene, a badijonărilor cari constituiau în trecut un panaceu în toate laringitele.

Laringologia nu este pentru noi numai o ştiinţă între celelalte ştiinţe medicale, nu este numai o disciplină a spiritului sau o enciclopedie: ea trebuie să însemne şi o impulsie de viaţă constructivă pusă în mâna discipolilor ei, în mâna laringologilor.

Scopul acesta nu-l putem realiza însă decât convingându-se să facem din viaţa noastră personală exemplul cunoaşterii lor încarnând idealul lor comun.

Căci numai acela poate servi drept călăuză vremii sale sau posterităţii, care se confundă cu o idee, evidentă tuturor din propriul lor punct de vedere. Nimeni nu urmează niciodată de cât pe cel care exprimă aspiraţiile propriei sale fiinţe. Aşa se explică de altfel pentru toţi acei cari au încercat să creeze ceva într'o epocă oarecare, cu calităţi egale şi în aceleaşi domenii alcătuesc aceleaşi opere la cari în mod fatal sunt conduşi.

Originalitatea deci nu consistă totdeauna într'o noutate a ideilor. Ideile nu sunt decât elemente a căror valoare nu apare netă decât atunci când activează asupra altora.

In laringologia de faţă am căutat să exprimăm cu forţă, să adaptăm şi să interogăm noţiunile clinice ale patologiei speciale într'o arhitectură organică în vederea unui scop practic.

De aci impresiunea pe care o poate da această carte de laringologie a unor fapte cunoscute şi noui în acelaş timp.

Născută din experienţa noastră şi a altora, larnigologia aceasta vrea să trăiască, să rămână vie capabilă de desvoltare. Viaţa noastră a încercat în toate acţiunile şi în toate gândurile ei să exprime ceea ce este mai mult în noi înşine. Am vrea ca ea să apară ca un simbol perfect între fiinţa noastră şi între sensul pe care am reuşit să i-l dăm, consacrând-o total carierei medicale de specialitate. Progresul la care trebuie să contribuim în ţara noastră în plină ascensiune, nu s'ar face evident prin intermediul spiritelor eclectice, prin programe conciliante sau compromisuri ingenioase. Fără ostilitate progresul este imposibil, deoarece atmosfera dreptăţii nu-i niciodată creatoare. Răul nu consistă în ideile altora, ci în imobilitate. Orice nouă problemă care se oferă minţii noastre, nu are alt rol decât acela de a menţine tensiunea vitală în continuă mişcare. Scopul nostru suprem, scopul vieţii noastre este acela de a realiza o ambianţă care să servească drept punct de plecare pentru un progres ulterior pe un plan mai înalt. Nivelul acela ridicat va trebui să rămână încă dominat totdeauna de contraste ireductibile, în care binele propriu zis să nu învingă total şi în care lupta să ajungă la o evoluţie dincolo de bine şi de rău, peste bine şi peste rău.

Iată deci care credem că este importanţa particulară a vieţii noastre, acolor unde ea există. Ea consistă în tendinţa pe care o are în virtutea orientării ei spirituale şi a aptitudinilor pe care le posedă să înţeleagă mai bine ca alţii, posibilităţile evolutive de importanţă generală în domeniul specialităţii noastre.

Am scris laringologia de faţă nu ca un contemplator, ci ca un om de acţiune: n'am scriso numai pentru a repeta ceeace există bine definit în specialitatea mea, ci pentru a provoca o stare a lucrurilor mai bună a acestei ramuri a patologiei.

Am scris-o în calitatea mea de conducător al unei clinici universitare, de profesor obligat să insufle celor care-l înconjoară dragostea pentru ştiinţă, pentru munca de creaţie. Căci viaţa noastră organică şi vegetativă, obişnuită de toate zilele, la fiecare om este în mod egal lipsită de interes. Dar viaţa spirituală, puterea aceea particulară a psihicului când e apropiată de un anumit unghiu, poate ridica sau ajuta o întreagă societate, clasă sau însăşi comunitatea.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Catedre vacante la Facultăţile de Medicină

Ministerul Educaţiei Naţionale a publicat vacanţa catedrelor următoare:

a) *La Facultatea de Medicină din Bucureşti:*

1. Catedra de Medicină legală.
2. Catedra de Clinică Stomatologică.

b) *La Facultatea de Medicină din Iaşi:*

1. Catedra de Clinică infantilă şi puericultură.

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţe

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar al secţiei medicale dela spitalul central din Chişinău;

Medic de circ. urbană la Municipiul Chişinău; medic al spit. şi circ. Făleşti jud. Bălţi; medic al spit. şi circ. Poiana Mare jud. Dolj; Medic al spit. Chilia Nouă jud. Ismail; medic al spit. Văleni de Munte jud. Prahova; medic al circumscripţiilor: jud. Alba; Zimandul Nou jud. Arad; Buzoeşti jud. Argeş; Bogdăneşti jud. Bacău; Rădăşani jud. Baia; Smeeni jud. Buzău; Stejarul jud. Caliacra; Ciclova Montană jud. Caraş; Sarai jud. Constanţa; Ciişia jud. Cetatea Albă; Paris jud. Cetatea Albă; Vânători jud. Covurului; Bârca jud. Dolj; Vorniceni jud. Dorohoi; Curtbunar jud. Durostor; Vischioi jud. Durostor; Sânta Maria jud. Hunedoara; Potcoava jud. Ialomiţa; Bocicoiul Mare jud. Maramureş; I. G. Duca jud. Odorhei; Baloteşti jud. Putna; Tăriceni jud. Prahova; Şieu Măgheruş jud. Năsăud, Cerneşti jud. Satu Mare; Gora Galbenă jud. Tighina; Mahmudia (Tulcea).

Medic oculist la Casa Asigurărilor Sociale Brăila, retribuit cu 4000 lei lunar.

Domnii Medici care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului Sănătăţii şi Asistenţii Sociale în termen de 30 zile dela data înserării prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial, adică până la 22 Aprilie 1939.

Excursiune medicală în Statele-Unite

«România Medicală» în dorinţa de a înlesni medicilor români cari voesc să viziteze expoziţia internaţională din New-York, să facă această călătorie numai în grup de medici şi să poată pătrunde şi în aşezămintele spitaliceşti ale oraşelor ce vor fi vizitate, are intenţiunea să organizeze, cu concursul unei reputate societăţi de turism, o excursie în Statele-Unite în cursul lunei Iulie.

Costul ar fi de circa 52.000 lei de persoană, în care sumă se cuprind toate cheltuelile dela plecarea din Bucureşti până la reîntoarcere. Excursiunea ar dura 35 de zile, dintre cari 13 se vor petrece în New-York.

Rugăm pe d-nii medici doritori de a se înscrie, să ne anunţe cât mai curând pentru ca, de se va întruni un număr minimum 25 de participanţi, să se poată face din timp, demersurile necesare organizării acestei excursiuni.

D-nii medici ce voesc a lua parte, se vor adresa d-lui dr. V. Sava, Strada Visarion 23, Bucureşti.

Revista de Radiologie şi Electrologie medicală

A apărut de curând primul număr al «Revistei de Radiologie şi electrologie medicală», organ oficial al Societăţei de Radiologie şi Electrologie medicală din România, înfiinţată în 1924.

Revista cuprinde articole originale, comunicările de la şedinţele ştiinţifice ale Societăţilor de Radiologie din Bucureşti şi Cluj, apoi recenzii din revistele şi lucrările de specialitate române şi streine, precum şi un indicator de cărţi noi electro-radiologice române şi streine apărute în anul 1938.

Actualul preşedinte, d. dr. S. Sfinţescu şi Comitetul Societăţei de Radiologie şi Electrilogie medicală, care redactează această revistă, merită toate felicitările pentru sforţările ce face şi-i urăm deplină reuşită în activitatea sa.

Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţei

Se face următoarea mişcare în personalul tehnic sanitar superior din serviciile pendinte de ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale şi ministerul Muncii şi anume:

D. dr. Alexandru N. Popovici, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic consultant chirurg la Dispensarul Nr. 2 Bucureşti, pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale Bucureşti.

D. dr. Iliescu Mircea, medic cu 10 ani vechime în învăţământul superior, se numeşte în postul de medic şef de laborator la Dispensarul Nr. 3 «A. V. Gâdei», pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale Bucureşti.

D-na dr. David Sârbu Liuba, medic cu concurs în specialitate, se numeşte în postul de medic şef de laborator la spitalul de pelagroşi Păncesti-Dragomireşti din jud. Roman.

D. dr. Rednic Vasile, medic definitiv al circ. Bociocoiul-Mare din jud. Maramureş, se transferă, în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. Halmeu, jud. Satu-Mare.

D. dr. Bohosievici Petre medic stagiar al circ. Vorniceni din jud. Dorohoi, se transferă, în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. Voloca jud. Cernăuţi.

D. dr. Ţigănuş Nicolae, medic stagiar al circ. Mahmudia, jud. Tulcea, se transferă, în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. «I. G. Duca» din jud. Constanţa.

D. dr. Naftalis Samoil, medic definitiv al circ. Bazaurt, jud. Caliacra, se transferă, în aceiaşi calitate în postul de medic al circ. Ai-Orman, acelaşi judeţ.

D. dr. Eusebiu Frăţianu, medic stagiar al circ. Vermeş, jud. Caraş şi dr. Titus Grigorescu, medic stagiar al circ. Secaş, din acelaşi judeţ, se transferă, în aceiaşi calitate, unul în locul celuilalt, prin consimţământ reciproc.

D-na dr. Antonia Iscenco-Ionescu, medic secundar cu concurs la spitalul de copii «Starovesky» din Oradea şi d. dr. St. Miocovici, medic secundar cu concurs la Centrul pentru ocrotirea copiilor din Oradea, se transferă, în aceiaşi calitate, unul în locul celuilalt, prin consimţământ reciproc.

D. dr. Züssman Froim medic definitiv al spitalului din Chilia-Nouă, jud. Ismail, se transferă, în interesul serviciului, în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. Crăsnăşeni din jud. Orhei.

D. dr. Şiara Ioan, fost medic stagiar pe bază de examen, se reprimeşte, în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. Isvorul, jud. Olt.

D-nii medici stagiari pe bază de examen de capacitate, mai jos menţionaţi, care au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează:

D. dr. Stamate Leţu la circ. Scrioaştea, jud. Teleorman.

D. dr. D. Predescu la circ. Cobia, jud. Dâmboviţa.

D. dr. Matache Ionescu la circ. Mătăsaru, jud. Dâmboviţa.

D. dr. Ştefan Staicovici la oraşul Sinaia.

D. dr. Costică Lazăr la circ. Mihai Viteazul, jud. Ialomiţa.

D. dr. Pompiliu Maximilian la circ. Ciocăneşti, jud. Ialomiţa.

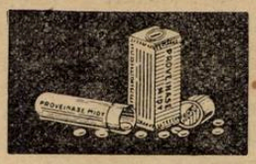
D. dr. Zega Aristide la circ. Ghelengic, jud. Caliacra.

D. dr. C. T. Giurescu, la oraşul Mangalia.

D. dr. Ioan Gr. Teodorescu la circ. Crâmpoaia jud. Olt.

D. dr. V. Săndulescu la circ. Radomireşti, jud. Olt.

PROVEINASE MIDY



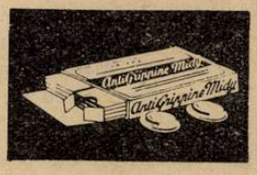
(COMPRIMATE)

REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOASE

POMMADE MIDY
SUPPOSITOIRES MIDY

MEDICAȚIA RAȚIONALĂ A HEMOROIZILOR

ANTIGRIPPINE MIDY



(CAȘETE)

REMEDIU SUVERAN CONTRA GRIPEI ȘI COMPLICAȚIILOR SALE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eșantioane și Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREȘTI, 4

ANERTAN

Propionat al testosteronului
în soluție uleioasă

Preparat testicular

sintetic și exact dozat

4 fiole cu câte 5 mg
4 fiole cu câte 10 mg
2 fiole cu câte 10 mg

Indicațiuni:

♂

Prostatism
Neurasthenie
Deficiență sexuală
Senilitate precoce

♀

Mastopatii
Dismenoree
Incontinența urinei
Nimfomanie

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM—WALDHOF
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

NOTIȚE TERAPEUTICE

Importanța complexului B pentru copii*)

de Dr. phil. et med. habil. **Herman Schroeder**
Referat din «Kinderärztiche Praxis», Anul 7 Tom 11

Dacă alimentația joacă uen rol important în menținerea vieții individului adult, nu e mai puțin adevărat că ea este de mare importanță pentru copilul care crește. Figurile acelea livide, obosite, cu dinții stricați cu gingiile sângerânde, corpul subțire cu oase friabile sau chiar deformate, acestea sunt aspectele datorite unei nutriții insuficiente și neraționale.

Pentru o creștere normală a organismului copilului se cere, pe lângă acele substanțe fundamentale și necesare creșterii, adică: proteinele, hidrații de carbon, grăsimile și sărurile și acei factori catalizori biologici cunoscuți azi sub denumirea de «vitamine»; ele înlesnesc transformarea și asimilarea acestor substanțe de bază.

Pe lângă vitaminele A și D organismul tânăr are nevoie în deosebi de complexul vitaminelor B în care

1 Vitamina B_1 antinevritică și antiberiberică;

2. Vitamina B_2 care cuprinde 6 factori: a) factorul de creștere, b) factorul antipelagros, c) extrinsic factor, d) factorul B_6, e) anti sprue factor și f) anticataract.

3. Vitaminele B_3, B_4, B_5 și B_7. Tot complexul acesta ține echilibrul creșterii normale a individului. De ele are absolută nevoie organismul copilului care este în plină activitate. Carența lor, în parte sau totală dă loc la acele figuri bolnăvicioaase și diforme pe cari le întâlnim în spitalele și preventoriile de copii.

Maladiile de carență vitaminoasă au fost recunonscute și corijate în extremul Orien cu mult înainte de a li se da la noi atenția de care era nevoie. Astăzi recunoaștem că și la noi printre copii avem multe cazuri de beriberi, deși într'o formă mai atenuată față de aceea asiatică, cu manifestațiile următoare: paloarea feței, greutatea sub normală, acomodarea vizuală deficientă, neliniște, oedeme. Prin administrare de drojdie de bere (1/2 linguriță pe zi) proaspătă sau sub formă de preparate speciale, se observă dispariția acestor simptome bolnăvicioase și înlocuirea lor cu o creștere normală. In deosebi copii supuși unei nutriții artificiale, de obicei bogată în hidrați de carbon — făinuri lacto-zaharoase — au nevoe de o mare cantitate de vitamină B_1.

Făina fin măcinată nu are decât maximum 1/2 din cantitatea normală de vitamină B_1 pe care o are bobul de grâu. După Rehyer lipsa de vitamină B_1 este cauza spasmofiliei, fapt ce se confirmă prin vindecarea acestei maladii cu drojdie de bere.

Primele simptome ale carenței de vitamina B_1 este lipsa de apetit, în legătură cu scăderea acidității gastrice cât și atonia musculaturii gastro-intestinale. Ca urmare a acestei atonii este resorbția deficientă a intestinului, deci asimilarea incomplectă a alimentelor, în deosebi a acelor grase, cât și formarea de toxine.

Bessau a obținut înlăturarea acestor manifestații morbide prin administrarea de drojdie de bere, în care, pe lângă o cantitate suficientă de vitamină B_1 mai găsim și ceilalți factori ai întregului complex.

Clinicianul englez Sir Josia Stamp pretinde că obține printr'un tratament cu vitamina B_1 o creștere a proporției medii în lungime cu 5 cm., iar pentru greutate una de 25 — 3 kg. în plus, cât și o sporire a rezistenții organismului față de maladii.

Majoritatea maladiilor de nutriție, ca: pelagra, zöliakia, sprue, anemia, deranjurile gastro-instestinale, cât și unele afecțiuni ale pielii ca: pigmentarea, atrofia dermei, keratoza, toate aceste sunt în legătură cu lipsa factorilor complexului B.

Vitamina B_1 se găsește în forma cristalizată și perfect pură; dintre componenții vitaminei B_2 — lactoflavina de asemenea, ceilalți factor găsindu-se în cantități foarte mici n'au fost încă izolați în stare pură. In drojdia de bere naturală, cât și în preparatele derivate din ea ca: drojdia «*Cenovis*» găsim toți acești factori și în proporția de care organismul copilului sau al adultului are nevoe.

Vitamina B_1 se mai găsește în: rinichi, linte, fasole verde, nuci, grâu germinat, iar B_2 în: ficat, rinichi, gălbenuș de ou, lapte, porumb.

* * *

Tratamentul anemiilor care suportă rău ferul, cu ascorbat de fer

(Contribuțiuni la mecanismul acțiunii ferului și la problema maladiilor de carența feroasă)

de **Docent Dr. L. Heilmeyer**
Clinica medicală a Universității din Jena
Extras din Dtsch. Arch. klin. Medizin 179, H, 3, 1936

Unul dintre tratamentele clasice ale anemiei microcytare și cu procentul de hemoglobină scăzut, este ferul, care adeseori se prescrie în doze zilnice masive, ce ajung chiar la 10 grame de fer redus. In majoritatea cazurilor însă, aceste doze mari sunt rău suportate fie din cauză că bolnavul prezintă înaintea tratamentului turburări gastro-intestinale, fie că acestea sunt declanșate de dozele rău suportate de fer. In asemenea cazuri este evident că ferul ar urma să fie întrodus pe cale parenterală, ceea ce nu s'a putut face până acum, din lipsă de un preparat potrivit de fer.

Unui preparat injectabil de fer i se cere a conține acest metal sub forma bivalentă și stabilizat printr'o substanță cu însemnătate fiziologică, care în acelaș timp să-și diminueze sau să înlăture acțiunea excitantă a ferului. Acestor condițiuni corespunde în mod excelent vitamina C. In clinica medicală a Universității din Jeana am încercat preparatul Casei «Nordmark» care a fost pus în comerț sub numele de «*Ceferro*» și care este sarea de fer a acidului ascorbic.

Am întrebuințat soluții ce conțin 10 mg. fer de fiecare cmc. administrând 1—2 cmc. intravenos, pe zi. Afară de o slabă senzație de căldură (asemănătoare injecțiilor de calciu), toleranța acestui preparat este ireproșabilă.

Am obținut chiar și în cazuri foarte grave prin injecțiile cu acest preparat în doză de 10 mg. fer pe zi, o creștere în medie de 1,3% a hemoglobinei, valoare care ar fi fost atinsă numai de o doză de 100 și chiar 1000 de ori mai mare de fer redus.

Sub influența injecțiilor cu «*Ceferro*» preparatele de fer administrate per os sunt mai bine suportate și eficacitatea lor este vădit mărită.

In administrările perorale în cantitate zilnică de 300 mg. fer am obținut efectele terapeutice ale ferului, ceea ce dovedește că ascorbatul de fer se rezorbă complect de intestinul subțire. Pe lângă acțiunea asupra componentelor sangvine am înregistrat și o creștere: a poftei de mâncare, a greutății corporale acompaniate de o stare sufletească bună cât și o rezistență mărită față de infecțiuni.

Cercetările făcute au arătat că ferul este un component nu numai al hemoglobinei sangvine, căci el joacă un rol catalizant și în celelalte procees biologice ale celulei vii activând schimbările diastazice.

Injecțiile făcute cu «*Ceferro*» au avut de urmare o creștere a hemoglobinei adeseori mai mare decât cantitatea de fer injectată. Aceasta ne face să credem într'o acțiune excitantă a injecțiilor preparatului sus numit asupra depozitelor de fer din organe, sau asupra asimilării ferului din alimente. Este probabil, că lipsa de fer într'o anumită cantitate paralizează circularea lui în organism, cât și asimilarea lui din alimentele ingerate.

Carenței feroase se poate atribui și tulburările de eliminare a elementelor sangvine din măduva osoasă înainte de a fi mature, așa cum le întâlnim în anemia pernicioasă. Toate aceste manifestări a lipsei de fer sunt îndepărtate prin injecțiile cu «*Ceferro*» fără a risca apariția vreunui simptom secundar neplăcut, ca în tratamentul cu preparatele de fer ante-

*) Lucrare făcută în clinica I-a medicală a Universității din München. Director: *Prof. W. Stepp.*

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Plantelor. 21

Colutoid

Factorul hemostatic izolat din corpul galben.

Acţiune energică în hemoragiile genitale.

Tablete şi fiole pentru injecţiuni.

In anemii de orice natură

introduceţi în organism fier sub formă de sare feroasă (ferro) cea mai uşor asimilabilă şi eficace

Ferroconstans

Nu irită stomacul!
Nu strică dinţii!

3 ori pe zi 1—2 tablete.

Insuficienţa hepato-biliară şi consecinţele sale dispar prin:

FELAGOL

TABLETE

CHOLAGOG - ANTISEPTIC - DESINFECTANT

HEMOSTYL

du Docteur Roussel

Este un ser hemopoietic de cal absolut pur.
2000 de cai sunt utilizați pentru prepararea HEMOSTYL-ului.

ACȚIUNE TONICA

Serul mijloc de legătură al organismului conține toate secrețiunile glandelor endocrine. Acțiunea fiziologică, tonică și durabilă al HEMOSTYL-ului se datorește bogăției sale în ... HORMONI

P U R I T A T E

ACȚIUNEA HEMOPOIETICA

Frecvența anemiilor secundare este considerabilă. HEMOSTYL-ul aduce elemente pentru reconstruirea globulară și stimulente pentru organele producătoare de elemente figurate... HEMOPOIETINE

C A L I T A T E

ACȚIUNEA HEMOSTATICA

In pansament local și pe cale bucală HEMOSTYL-ul rămâne întotdeauna cel mai activ și cel mai sigur dintre hemostatice, grație FIBRINFERMENT-ului pe care îl conține.

E F I C A C I T A T E

PREZENTARE

Fiole de 10 cc. în cutii de 6 fiole
Sirop . . . Flacon cu 300 grame

POSOLOGIE

Fiole: 1 — 3 pe zi.
Sirop: 1 — 3 linguri de supă pe zi.

(De preferință pe nemâncate, sau la începutul meselor).

REPREZENTANT pentru ROMÂNIA

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

Strada Toamnei No. 103, BUCUREȘTI III **Telefon 2.21.38.**

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2, BUCUREȘTI

Anul XVII, No. 9 — 10 Lei Exemplarul — 1 Mai 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CEN... „ASOCIAȚIU... SIBIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE — Pagina

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Posibilităţile şi perspectivele actuale ale Psihiatriei* 121

Dr. AUREL NANA: *Contribuţiuni la combaterea stărilor de colaps în chirurgie* 125

CRONICI

Prof. Dr. CONSTANTIN DANIEL: *Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale: «Probleme şi Realizări»* 128

D. I. CLAUDIAN: *Antagonism între generaţii, sau numai puţin interes pentru ştiinţa românească* 129

REVISTA CĂRŢILOR — Pagina

Prof. Dr. G. Buzoianu: Laringologie clinică recenzat de Dr. Teodor Balaşin 127

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizita prof. dr. D. Lindemann dela Dusseldorf: Al V-lea Congres Naţional de Tuberculoză; Congresele Internaţionale ce se reunesc în cursul lunilor Mai şi Iunie; O distincţiune pentru d-l Prof. Deleanu 130

Premiile Regina Elisabeta; Noul comitet al Asociaţiei Medicilor filiala Paris; Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţii; O manifestare ştiinţifică turco-română; Călătorie în America pentru medicii români 131

BIBLIOGRAFII

Elemente de Anatomie clinică a sistemului nervos central, de Dr. *State Drăgănescu*, va apare în 5 fascicole, prima publicaţiune conţinând 24 pagini şi 13 planşe (fotografii şi scheme) Preţul primului fascicol 60 lei.

La hernie postérieure du ménisque intervertébral, (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

Pietre de hotar în terapia malariei.

Pentru tratamentul eficace al recidivei primăvăratece a malariei:

Tratamentul de 5–7 zile cu **ATEBRIN** de 3 ori 0.10 gr. pe zi, apreciat de mulţi ani. Se asociază eventual o cură de 3 zile cu doze mici de **PLASMOCHIN**, pentru adulţi de 2–3 ori pe zi 0.01gr.; pentru copii doze mai mici, corespunzătoare cu vârsta.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREŞTI I, Str. Brezoianu 53. — Tel.: 3-9285 şi 3-9286.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18; Tel: 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR GONO- ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

INDICAŢIUNI: Blenoragii subacute şi cronice, anexite, epididimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panaraţii, flegmoane, furunculi, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.

Ambalaje: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

TION

GLUCONAT DE CALCIU 10%

INTRAMUSCULAR NEDUREROS ȘI INTRAVENOS

ANTIREUMATIC-OERIU

LITIUMSULFONAFTENAT

APR. DE ON. MIN. SĂNĂT. CU Nr. 30476

REUMATISM CRONIC
REUMATISM ACUT
SCIATICĂ
LUMBAGO

INTRAMUSCULAR NEDUREROS
INTRAVENOS

APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU Nr. 42260

THIOBI

DR. OERIU
THIOTARTRAT
DE BISMUT

ANTISIFILITIC

ANTISIFILITIC BISMUT HIDROSOLUBIL PERFECT TOLERAT FIOLE DE 1 cc.

INJECȚII INTRAMUSCULARE

APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂT. CU Nr. 142201

TISOR

BĂLĂNESCU-OERIU

DITHIOOXYBENZOAT DE SODIU ȘI AUR

INDICAȚIUNI: INTRAVENOS SAU INTRAMUSCULAR

TUBERCULOZA PULMONARĂ
LARINGITE TUBERCULOASE LUPUS

APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU Nr. 6540

„LABORATORUL TION" Dr. OERIU

Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21

Telefon 4.59.70 - 4.69.53

GASTROPATII DUREROASE
GASTRITE, SPASME ALE PILORULUI,
ULCERE

Gastropansement
Dr ZIZINE

PANSAMENT GASTRIC
cu baza de
CĂRBUNE
ACTIV
POLYVALENT
asociat cu pudre inerte

POSOLOGIE .
1 Pachet dimineața pe nemâncate și la nevoie seara.

EȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ,
] *DROGUERIA STANDARD S. A. R., STR. SF. IONICĂ 8, BUCUREȘTI.*

LABORATOARELE Dr. ZIZINE, 24, Rue de Fécamp — PARIS (XIIe)

INSOMNIILE
DE ORICE NATURĂ

INSOMNIILE
AGITAȚILOR

INSOMNIILE
ANXIOSILOR

SUPPONERYL
Supozitoare cu Soneryl

— PARIS - 7e —

THÉRAPLIX

Propagande medicale: „THERAPLIX" Str. Anastasie Simu No. 6, București III.

Un adjuvant important în tratamentul
complicațiilor blenoragice
la bărbat și femee este

Gono-Yatren

Vaccin antigonococic într'o sol. de 3% Yatren
Injecțiuni intravenoase și intramusculare.

AMBALAJE ORIGINALE:
Cutie cu 6 fiole de 2½ cmc. / Flacon cu 25 cmc.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.85; Sucursala: CLUJ, Calea Moților No. 18, Tel. 37-22

Anul XVII. No. 9 10 Lei Exemplarul 1 Mai 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Posibilităţile şi perspectivele actuale ale Psihiatriei

de Profesor Dr. P. TOMESCU

Descoperirile ştiinţifice şi evoluţia concepţiilor generale pe cari aceste descoperiri le provoacă, aduc, în mod periodic, modificări profunde în posibilităţile prezente şi deschid perspective noui diferitelor specialităţi medicale.

Acest fenomen este general şi el s'a înregistrat în etapele principale pe cari ştiinţele medicale le-au străbătut în ultimii cinci zeci de ani.

Psihiatria traversează în prezent, o astfel de etapă şi socotesc util a fixa datele mai importante ale succeselor ei actuale, aruncând totdeodată o privire asupra perspectivelor ce i se deschid.

Spre deosebire de ceeace s'a petrecut în alte domenii ale ştiinţei medicale, transformările radicale ce s'au adus în cercetările şi practica psihiatriei,—nu s'au datorit unor descoperiri epocale ci unor concepţiuni ideologice noui.

Astfel descoperirile lui Pasteur au transformat medicina în totalitatea ei. Antisepsia şi apoi asepsia au dat posibilităţi nebănuite de desvoltare chirurgiei.

Sero-terapia şi vaccino-terapia au transformat evoluţia boalelor infecţioase şi au adus pe primul plan al preocupărilor, — prevenirea lor.

Psihiatria, fără să fi avut norocul unor descoperiri comparabile cu acestea, a reuşit în ultimele decenii să realizeze progrese impresionante graţie unei noui ideologii ştiinţifice.

In adevăr, până în prejma marelui război, această specialitate s'a desvoltat sub influenţa a trei concepţii diferite în formă, asemănătoare însă, în fond, pe cari le reprezintau cele trei şcoale medicale ale lumii.

Cari erau ideile lor de bază?

Şcoala franceză considera că boalele mintale în ansamblul lor, se datoresc unor fenomene de degenerescenţă. Deci evolutive şi ireversibile.

Şcoala germană credea că psihozele, în imensa lor majoritate, merg către demenţă, proces aproape fatal şi incurabil.

Şcoala engleză, de acord cu ineficacitatea terapeutică în boalele mintale, se ocupa mai mult de aspectul medico-social al problemei, căutând să asigure o asistenţă convenabilă bolnavilor mintali.

In aceste împrejurări, este foarte explicabil de ce Psihiatria nu a făcut progrese în domeniul terapeutic, cercetările ştiinţifice căutând să determine cadrul nosologic al sindromelor clinice şi să le găsească explicaţia în leziunile anatomo-patologice, ce se studiau cu multă pasiune şi cu rezultate interesante.

Sub influenţa metodelor de cercetare contimporane în toate domeniile medicinei şi graţie observaţiilor din ce în ce mai numeroase, de sindrome mintale trecătoare, o idee nouă a apărut şi a cucerit *numeroşi adepţi*:

Sistemul nervos sub influenţa cauzelor variate — toxice, infecţioase sau emotive—poate suferi modificări morbide temporare şi perfect curabile.

Deci un sindrom mintal nu implică nici ideea de degenerescenţă a terenului, nici cololarul ei imediat de ireversibilitate şi nici un proces evolutiv şi fatal către demenţă, aşa cum credeau autorii celebri ai trecutului.

In această idee care a apărut concomitent la psihiatrii din diferite ţări, este punctul de plecare al transformărilor profunde pe cari specialitatea noastră a suferit-o în ultimul timp.

Tot acestor idei fundamentale se datoresc descoperirile atât de interesante cari s'au făcut în domeniul terapeuticei şi cari au transformat radical aspectul şi evoluţia boalelor mintale.

După această introducere care arată evoluţia ideilor, vom expune foarte succint cari sunt posibilităţile actuale ale Psihiatriei.

II. PROGRESELE TERAPEUTICE REALIZATE ŞI POSIBILITAŢILE CURATIVE ACTUALE ALE PSIHIATRIEI

Graţie modificărei ideilor fundamentale asupra boalelor mintale, indiferentismul terapeutic a fost înlocuit printr'un intervenţionism activ şi printr'un efort continuu de a imagina şi experimenta noui metode.

Rezultatele la cari s'a ajuns sunt într'adevăr importante, atât din punct de vedere ştiinţific şi medical cât şi din acela social.

Le vom enumera, fără să insistăm, întrucât ele sunt astăzi cunoscute de toţi medicii:

1. *Malario-terapia în tratamentul Paraliziei generale şi Sifilisului nervos*, a transformat radical evoluţia şi prognosticul acestei boale.

Precauţiunile luate în ultimul timp, prin stabilirea contra indicaţiunilor, prin utilizarea unei Malarii bine cunoscută şi printr'o urmărire atentă a bolnavilor din punct de vedere clinic şi hematologic, au făcut ca riscurile metodei să devină minime, păstrându-şi toată eficacitatea.

Rezultatele sunt cu atât mai bune cu cât malario-terapia se aplică mai aproape de debutul boalei. Graţie medicilor cari s'au convins de acest adevăr, mare parte din bolnavi sunt trimişi la spitalul nostru în această fază, astfel că şansele lor de vindecare sunt foarte mari.

Dacă aceiaş vigilenţă medicală face să surprindem evoluţia unui sifilis nervos în faza sa pre-clinică, malario-terapia, întrerupe evoluţia boalei, — în toate cazurile.

Aici acţiunea curativă, atât de mare a malariei, devine preventivă pentru evoluţia clinică a boalei, negativând repede şi reacţiunile biologice.

Tratamentul specific trebue făcut imediat după malarie şi continuat multă vreme, după metoda clasică. Chimio-terapia sifilisului nervos a făcut, în ultimul timp, un real progres prin utilizarea Stovarsolului, care dă bune rezultate, atunci când organismul şi în special nervii optici îl pot tolera, examenul oftalmologic trebuind să se facă sistematic înaintea şi în timpul tratamentului.

2. *Psihozele de etiologie toxică şi infecţioasă*, au găsit în terapeutica activă a timpului actual, posibilităţi curative, — nebănuite altădată. Dacă adăogăm terapeutica endocriniană, pe cea specifică prin vaccino — şi sero-terapie, în toate cazurile când prin determinarea etiologiei găsim o astfel de indicaţie, ne dăm seama, cât de mult au sporit mijloacele de intervenţie medicală în acest domeniu.

3. *Epilepsia*, boală care a inspirat atâta groază omenirei, din toate timpurile, se găseşte astăzi complect transformată şi mult ameliorată în evoluţia ei.

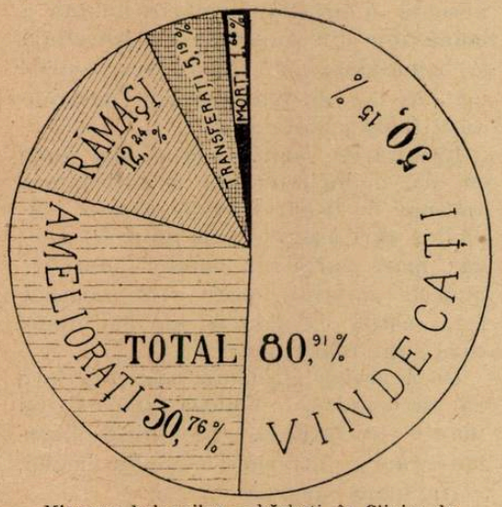
Din cadrul mare al Epilepsiei esenţiale s'au desprins o serie întreagă de cazuri de Epilepsii simptomatice, cu o etiologie precisă, deseori susceptibile de un tratament cauzal.

Tratamentul cu Luminal, bine condus şi urmat timp foarte îndelungat, — dă rezultate admirabile, înlăturând accesele şi prevenind turburările psihice.

Utilizarea luminalului în tratamentul Epilepsiei infantile, permite o desvoltare psihologică normală, fapt care nu era posibil înainte de cunoaşterea acestei metode.

4. *Schizofrenia*, boala cea mai redutabilă a Psihiatriei, a găsit în tratamentul prin şoc insulinic (Sackel) o metodă care dă rezultate foarte bune.

Utilizăm insulino-terapia, în toate cazurile de Schizofresie ca şi în Sindromele schizoide de etiologie nedeterminată, obţinând o proporţie mare de vindecări (60%) şi de ameliorări (20%).



Mişcarea bolnavilor — bărbaţi, în Clinica de Psihiatrie în cursul anului 1938.

Tratamentul prin şoc de Cardiazol (Meduna) aplicat singur sau asociat cu insulino-terapia, constitue o nouă armă foarte utilă în terapeutica Schizofreniei pe care am adoptat-o în Clinica noastră.

Rezultatele sunt comparabile cu acelea obţinute prin insulină.

5. *Psihozele constituţionale*, de etiologie necunoscută şi atribuite predispoziţiilor hereditare, au profitat mai puţin de progresele recente ale Psihiatriei.

Şi în acest domeniu ideile noui au adus însă, unele modificări favorabile.

Astfel Psihozele maniaco-depresive (Ciclofreniile Profesorului Obregia), au în prezent o evolutie cu totul deosebită decât aceia din trecut, din următoarele cauze:

a) Pe terenul cicloid, apariţia acceselor periodice este provocată uneori de cauze cari pot fi decelate şi tratate etiologic. In special intervin diverse procese auto-toxice sau infecţioase (de seori am constatat Colibaciloza).

Printr'o terapeutică adecuată, simptomatologia acestor sidroame se atenuează şi durata lor se micşorează.

b) Chiar în cazurile în cari nu se găseşte o cauză imediată, evoluţia acceselor de ciclofrenie este mult ameliorată de terapeutica simptomatică ce se utilizează astăzi pe o scară întinsă.

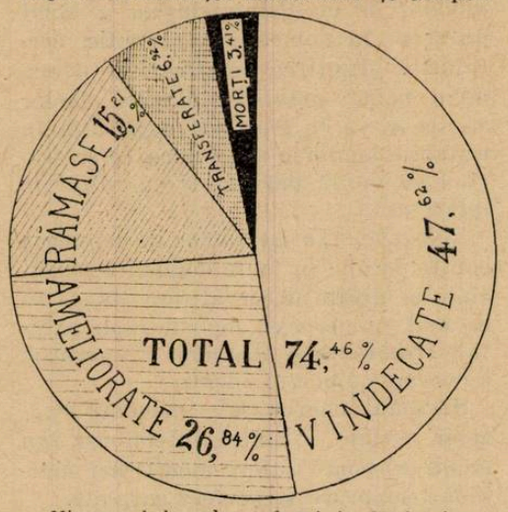
Prin urmare, progresele terapeutice realizate în Psihiatrie în ultimele două decenii, au transformat radical şi au ameliorat mult evoluţia unor boale extrem de grave altădată: Paralizia generală, Epilepsia, Schizofrenia.

In acelaş timp, printr'o intervenţie medicală activă se aplică un tratament simptomatic şi deseori eficace în toate celelalte cazuri.

* * *

Progresele terapeutice schiţate mai sus, au dat mari posibilităţi curative specialităţei noastre.

Rezultatele ce s'au obţinut, în Clinica de Psihiatrie a Facultăţei de Medicină din Bucureşti în cursul anului 1938, vor putea da o idee generală asupra eficacităţei metodelor şi asupra



Mişcarea bolnavelor — femei, în Clinica de Psihiatrie în cursul anului 1938.

curabilităţei boalelor mintale în actualul stadiu de desvoltare al Psihiatriei.

De aceia dăm mai departe mişcarea bolnavilor în Clinica de Psihiatrie în cursul anului 1938.

Brbaţi intraţi		*481*
Au eşit vindecaţi	241	50.15%
Ameliorati	148	30,76%
Transferaţi	25	5,19%
Morţi	8	1.66%
Rămaşi în serviciu	59	12,24%
Femei intrate		*231*
Au eşit vindecate	110	47,62%
Ameliorate	62	26,84%
Transferate	16	6,92%
Morţi	8	3,41%
Rămase în serv.	35	15.21%
Total general		
Bolnavi intraţi		*712*
Au eşit vindecaţi	351	49.29%
Ameliorati	210	29,49%
Transferaţi	41	5,75%
Morţi	16	2,24%
Rămaşi	94	13,23%

Vindecările în proporţie de 49.29%, Ameliorările — 29.49%, şi o Mortalitate de 2.24%, — constituesc cifre surprinzătoare pentru acei cari cunosc situaţia de altădată a Spitalelor de boale mintale *).

*) *Cu această ocazie, ţin să amintesc activitatea competentă şi devotată a personalului medical al Clinicei şi a internilor din cursul anului 1938: Daniel, Mircea Dumitrescu şi Nae Ionescu. Tuturor le aduc mulţumirile mele recunoscătoare pentru entusiasmul şi munca ce au depus în serviciul Clinicei în această fază de transformare a metodelor de lucru ale Psihiatriei.*

III. ASISTENŢA MEDICALA A BOLNAVILOR MINTALI

Problema asistenţei medicale a bolnavilor mintali s'a prezentat sub aspecte variate dela o epocă la alta, în raport cu posibilităţile terapeutice ale timpului şi deci cu rezultatele practice ale intervenţiei ştiinţei.

In cursul secolului al XIX-lea s'a organizat asisenţa psihiatrică, pornind dela două idei fundamentale: a) Apărarea societăţei de elementele vătămătoare prin reacţiunile lor anti-sociale şi b) Asigurarea unei asistenţe umanitare acestor bolnavi cari meritau cu atât mai multă compasiune, cu cât se considerau iremediabil pierduţi pentru viaţa normală.

Sintetic şi rezumativ, situaţia asistenţei medicale psihiatrice se caracteriza de diferiţi scriitori şi chiar sociologi, prin celebrele cuvinte pe care Dante le aşezase la poarta «Infernului» său şi cari puteau fi situate, tot aşa de bine, la intrarea Spitalelor de alienaţi: «Lăsaţi orice speranţă voi care intraţi».

Graţie progreselor realizate şi pe cari le-am prezentat, foarte succint, în capitolul anterior, organizarea asistenţei medicale a bolnavilor mintali, a suferit transformări radicale şi a făcut progrese importante în toate ţările civilizate.

In primul rând, Clinicele de Psihiatrie au fost destinate pretutindeni, îngrijirei bolnavilor acuţi, — din motive ştiinţifice şi din motive didactice.

Fără ca această măsură să fie rezultanta unei hotărâri colective a unui for ştiinţific universal, ca s'a *impus*, dela sine.

Am fost impresionat să găsesc aceeaşi concepţie de organizare la Profesorul Wagner von Jauregg la Viena, la Profesorul Bonhöffer la Berlin, la Bumke la München, la Kretschmer la Marburg, la Vermeylen la Bruxelles, la Maipater la Londra, ca şi la Profesorul Claude la Paris.

De altfel este foarte natural ca organizarea unei clinici să se facă după aceleaşi norme în toată lumea civilizată, cum este obligatoriu ca nouile achiziţiuni ale ştiinţei să fie pretutindeni aplicate.

Chestiunea îngrijirei bolnavilor acuţi prezintă o mare importanţă medicală pe plan ştiinţific şi pe plan umanitar. Ea trebue însă privită şi sub aspectul social şi economic.

Dacă omul de ştiinţă se pasionează chiar pentru aspectul abstract şi pur ideatoriu al unei probleme, dacă sentimentele noastre umanitare ne impune să ameliorăm suferinţa omenească, omul de stat judecă problemele şi prin prisma interesului economico-social.

Progresele realizate de Psihiatrie dă posibilităţi nebănuite altădată: i-

Veritol

Noul **remediu al circulaţiei şi al colapsului**

Acţionează repede şi durabil,
mai puţin brusc, dar cu o durată
mai lungă decât adrenalina.

Hipotensiune · Colaps

în stările generale de epuizare,

în cursul lăuziei, convalescenţei;
în intoxicaţii, maladii infecţioase;
înaintea, în cursul şi după operaţii.

Lichid: Flacoane de 10 gr. *Fiole: Cutii de 5 bucăţi.*

Knoll A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen/Rin

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**
CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ
ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI

în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"
SPECIA 21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

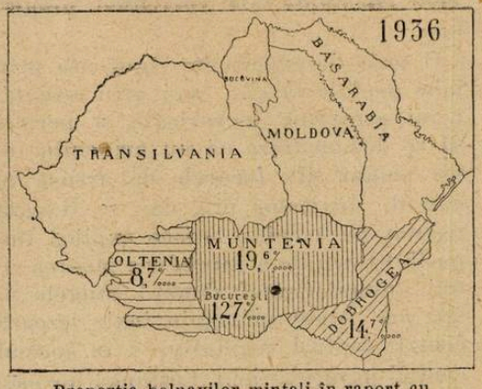
Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

mensa majoritate a bolnavilor se vindecă, redevenind elemente sociale utile, în loc să populeze azilele, căzând astfel în sarcina Statului.

De aceea socotim necesar să arătăm care este numărul necesar de servicii şi de paturi pentru îngrijirea bolnavilor acuţi, întrucât ei sunt cu mult prea numeroşi pentru a putea fi îngrijiţi numai în clinicele de Psihiatrie chiar dacă ele ar fi destinate numai bolnavilor recenţi.

Regretând că nu avem date pentru toată ţara, le vom prezenta numai pentru regiunea deservită de Spitalul Central de boale mintale şi nervoase din Bucureşti.

Dealtfel aici s'a aplicat, în parte, ideea de a se face, cât mai mult loc



Proporţia bolnavilor mintali în raport cu numărul populaţiei

pentru îngrijirea boalelor acute, evacuându-se un număr de bolnavi cronici la azilele din provincie.

Iată aceste date:

Pentru a ne da seama de proporţia bolnavilor faţă de numărul total al locuitorilor din diferite regiuni ale ţării, am întocmit tablourile alăturate.

* * *

Urmărind tablourile şi hărţile statistice din această pagină, putem face următoarele observaţii:

a) Datele expuse demonstrează câteva fapte interesante nu numai pentru organizaţia ce trebue să dăm spitalelor noastre, dar şi din punct de vedere general:

Oltenia, cu o populaţie românească viguroasă şi omogenă, dă o proporţie de bolnavi mintali, mai mică decât Dobrogea şi Muntenia.

Mai ales comparaţia între Oltenia şi Dobrogea se poate face întrucât sunt tot atât de îndepărtate de Bucureşti, distanţa fiind totdeauna un impediment pentru organizarea unei bune asistenţe medicale, pentru regiuni întinse.

Capitala dă o proporţie enormă de bolnavi, în raport cu celelalte regiuni ale ţării.

Desigur că cea mai mare parte a bolnavilor nu sunt din Bucureşti. Dar în Capitala ţării vin de pretutindeni, categorii foarte variate de oameni. Aici în lupta grea cu adversităţile vieţii, un mare număr cad învinşi, boalele mintale făcând numeroase victime.

Tablcu de numărul bolnavilor mintali internaţi în Spitalul central şi proporţia lor în raport cu populaţia în diferite regiuni ale ţărei.

Anul 1934

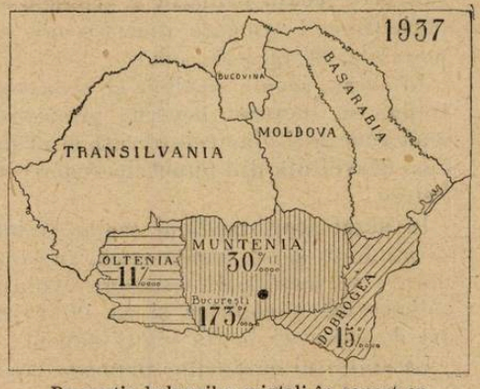
Au intrat în Spitalul Central 1721 bolnavi:

Oltenia	cu 1.593.378	loc. a dat	146	bolnavi, deci o proporţie	9.16 la 100.000 locuitori
Dobrogea	„ 863.978	„ „ „	128	„ „ „ „	14.58 „ „ „
Muntenia	„ 3.622.483	„ „ „	697	„ „ „ „	19.25 „ „ „
Bucureştii	„ 638.655	„ „ „	550	„ „ „ „	86.12 „ „ „
Din alte regiuni			200	bolnavi.	

Anul 1935

Au intrat în Spitalul Central 1829 bolnavi.

Oltenia	cu 1.608.805	loc. a dat	117	bolnavi, deci o proporţie de	7,27 bol. la 100.000 locuitori
Dobrogea	„ 877.460	„ „ „	114	„ „ „ „	12,87 „ „ „ „
Muntenia	„ 3.676.297	„ „ „	705	„ „ „ „	19,17 „ „ „ „
Bucureştii	„ 640.511	„ „ „	656	„ „ „ „	„ 102,42 „ „ „ „
Din alte regiuni			238	bolnavi.	



Proporţia bolnavilor mintali în raport cu numărul populaţiei

Proporţia bolnavilor mintali în raport cu numărul populaţiei

Anul 1936

Au intrat în Spitalul Central 2116 bolnavi.

Oltenia	cu 1.629.061	loc. a dat	144	bolnavi, deci o proporţie de	8,7 bol. la 100.000 locuitori
Dobrogea	„ 893.739	„ „ „	131	„ „ „ „	14,7 „ „ „ „
Muntenia	„ 3.739.944	„ „ „	774	„ „ „ „	19.6 „ „ „ „
Bucureştii	„ 642.441	„ „ „	817	„ „ „ „	127,1 „ „ „ „
Din alte regiuni			250	bolnavi.	

Anul 1937

Au intrat în Spitalul Central 2543 bolnavi.

Oltenia	cu 1.649.589	loc. a dat	183	bolnavi, deci o proporţie de	11 bol. la 100.000 locuitori
Dobrogea	„ 906.588	„ „ „	142	„ „ „ „	15 „ „ „ „
Muntenia	„ 3.797 400	„ „ „	1079	„ „ „ „	30 „ „ „ „
Bucureştii	„ 644.185	„ „ „	1029	„ „ „ „	173 „ „ „ „
Din alte regiuni			110	bolnavi.	

Anul 1938

Au intrat în Spitalul Central 3051 bolnavi.

Oltenia	cu 1.699 873	loc. a dat	220	bolnavi, deci o proporţie de	13 bol. la 100.000 locuitori
Dobrogea	„ 919.728	„ „ „	173	„ „ „ „	18 „ „ „ „
Muntenia	„ 3.852.802	„ „ „	1260	„ „ „ „	36 „ „ „ „
Bucureştii	„ 646.744	„ „ „	1100	„ „ „ „	170 „ „ „ „
Din alte regiuni			298	bolnavi.	

b) Numărul bolnavilor noui internaţi în spital a mers progresiv dela 1934, când au intrat 1721, până la 1938, când au intrat 3051.

Desigur că acest spor însemnat nu se datoreşte unui progres vertiginos al boalelor mintale, ci el se explică printr'o schimbare de concepţie, în ceeace priveşte asistenţa medicală psihiatrică.

Intr'adevăr, dirijând către spitalul de specialitate pe toţi bolnavii recenţi, de la apariţia primelor simptome, şansele lor de vindecare sunt cu mult mai mari. In aceeaşi proporţie creşte însă şi numărul internărilor.

c) Durata medie a internărei unui bolnav într'un serviciu de Psihiatrie este de trei luni.

De aceea pentru cei 3000 — 3500 de bolnavi noui ce vor fi primiţi anual în Spitalul Central, este nevoe de 800

de paturi, adică de cel puţin patru servicii de câte 200 de paturi.

Aceste servicii pot desfăşura o activitate rodnică, ajungând cu uşurinţă la rezultate medicale şi sociale, ca acelea semnalate mai sus.

IV. PSIHIATRIA INFANTILA

In ultimii ani, în sânul Psihiatriei generale a luat o desvoltare însemnată Psihiatria infantilă.

Intocmai cum, în trecut, s'a degajat medicina şi chirurgia infantilă din medicina şi chirurgia generală, tot astfel acum Psihiatria infantilă îşi creiază bazele ei ştiinţifice diferenţiate.

Pe terenul practic se simte din ce în ce mai mult nevoia ca să se creeze servicii de Psihiatrie infantilă organizate şi utilate în vederea îngrijirei copiilor cu turburări psihice.

Suntem convinşi că organizarea unui astfel de serviciu la Spitalul Central ar constitui o inovaţiune fericită şi ar însemna pentru asistenţa publică a Capitalei, un mare şi real progres.

Sute de copii, neglijaţi sau trataţi ambulator şi insuficient, ar găsi o îngrijire competentă şi sistematică într'un serviciu de specialitate.

Mai ales astăzi când chestiunea îngrijirei copiilor constitue o preocupare de căpetenie, crearea unui serviciu de Psihiatrie infantilă ni se pare că ar completa planul de organizare pe care însemnătatea problemei, îl comportă.

V. IGIENA MINTALĂ

Psihiatria care era descriptivă, în prima ei fază ştiinţifică, a devenit în timpul nostru medicală şi curtivă. De la scepticismul faţă de orice tratament, am trecut la o terapeutică energică şi activă, care a schimbat radical aspectul boalelor şi mai ales evoluţia lor, cum am arătat mai sus.

Preocupările specialiştilor se îndreaptă însă, din ce în ce mai mult, în prezent, către o problemă ce are o deosebită importanţă socială: Prevenirea boalelor mintale.

Din triplul interes: ştiinţific, medical şi social, s'a desvoltat în ţările occidentale şi mai ales în America, o mişcare foarte puternică pentru Igiena mintală.

Este timpul ca şi în ţara noastră să se introducă aceste preocupări, nu numai pentru a fi în ritmul vremei, dar pentru că Igiena mintală aduce real foloase sănătăţei publice.

Intr'adevăr, această disciplină urmăreşte să asigure mai mult echilibru în viaţa sufletească, o mai normală desvoltare şi o mai armonioasă funcţionare a facultăţilor intelectuale, o mai bună organizare a vieţei spirituale.

Acţiunea de profilaxie şi igienă mintală trebue să se desfăşoare, concomitent pe două planuri: a) acela al depistării şi asistenţei bolnavilor mintali de toate categoriile şi b) acela al profilaxiei turburărilor psihice, printr'o bună igienă mintală.

Deci, o puternică acţiune preventivă, care trebue să meargă paralel cu opera de asistenţă medicală.

Până în prezent, Dispensarele de igienă mintală create mai ales în străinătate, dau consultaţiuni, fac tratamente şi se ocupă de orientarea în viaţă a persoanelor ce prezintă diferite turburări psihice.

Este o acţiune utilă şi obligatorie pentru mişcarea de igienă mintală. Ea este însă, insuficientă, întru cât intervenţia noastră energică trebue să plece nu dela omul bolnav, ci dela cel sănătos. Cel mai rodnic şi cel mai frumos câmp de activitate al igienei mintale este şcoala primară şi şcoalele superioare ce-i urmează (liceu, şcoale comerciale, de meserii, etc.)

In aceste şcoale, medicii şi pedagogii trebue să lucreze pentru pregătirea unei generaţii bine echilibrată şi armonios desvoltată din punct de vedere sufletesc.

In acest scop, medicul şcolar trebue să studieze şi să urmărească, în colaborare cu profesorii, întreaga evoluţie psihologică a copiilor şi să intervină ori de câte ori se va simţi nevoie.

La sfârşitul cursurilor primare, copii vor fi orientaţi către profesiunile pentru care au mai multe însuşiri de ordin fiziologic şi psihologic.

Procedând la un studiu riguros al evoluţiei copiilor, exercitând un control continuu asupra desvoltării lor psihologice şi făcând apoi o bună orientare profesională, vom îndeplini cele mai importante comandamente ale Igienei Mintale.

Pentru a reuşi, activitatea ce propunem trebue bine condusă şi continuu coordonată.

Persoanele cele mai bine calificate pentru a se devota acestei preocupări, sunt medicii psihiatri cari au, nu numai competenţa necesară, dar şi convingerea că vor îndeplini o operă utilă.

Pentru că astfel de specialişti nu se găsesc decât în câteva centre ale ţării, cel puţin în acestea, trebue să se organizeze repede şi temeinic, dispensarele ce propunem şi acţiunea de igienă mintală în şcoli.

Ea va trebui apoi generalizată în toată ţara.

* * *

In rezumat, putem conchide:

Posibilităţile terapeutice şi profilactice ale Psihiatriei actuale sunt foarte mari, în comparaţie cu situaţia în care ne găseam în trecutul apropiat.

Perspectivele ce se deschid sunt dintre cele mai promiţătoare: Terapeutica face progrese continui, Psihiatria infantilă deschide un câmp nou de activitate, iar Igiena mintală va aduce în viaţa spirituală, individuală şi colectivă, modificări tot atât de importante ca acelea pe care Igiena generală le-a adus în viaţa socială.

BIBLIOGRAFIE

La mort des brûlés; Étude Expérimentale par Louis Christophe Chargé de cours à l'Université de Liége. Préface du professeur *Léon Binet. Masson et C-le Éditeurs.* Un volum de 84 pagini 19 figuri şi 19 tablouri . . . . . 40 fr.

Clinicește este în general admis că moartea arşilor se datoreşte unei intoxicaţiuni. Experienţe numeroase însă pun la îndoială existenţa unei toxine specifice arsurilor.

Cercetările au fost reluate de către autor asupra unor animale de laborator; i-a fost astfel posibil să urmărească pas cu pas modificările umorale şi să determine cu preciziune semnele constante ale «maladiei arsurilor».

O serie de experienţe riguroase prin labe grefate la gât, apoi prin circulaţiuni cerebrale încrucişate, a permis să se demonstreze că un principiu toxic emană din focarele de arsură în cursul primelor ore, dar se fixează treptat pe encefal, ceeace explică imposibilitatea de a reproduce moarea unui animal transfuzându-i sângele unui ars. Acest principiu toxic lezează centrii central vegetativi — în special centrii paratuberieni. Leziunea lor este aceea care declanşează maladia arşilor şi chiar nefrita hipocloremică hiperazotemică: curioasă şi neaşteptată contribuţie la ideile lui Volhardt asupra angiospasticităţei generalizate.

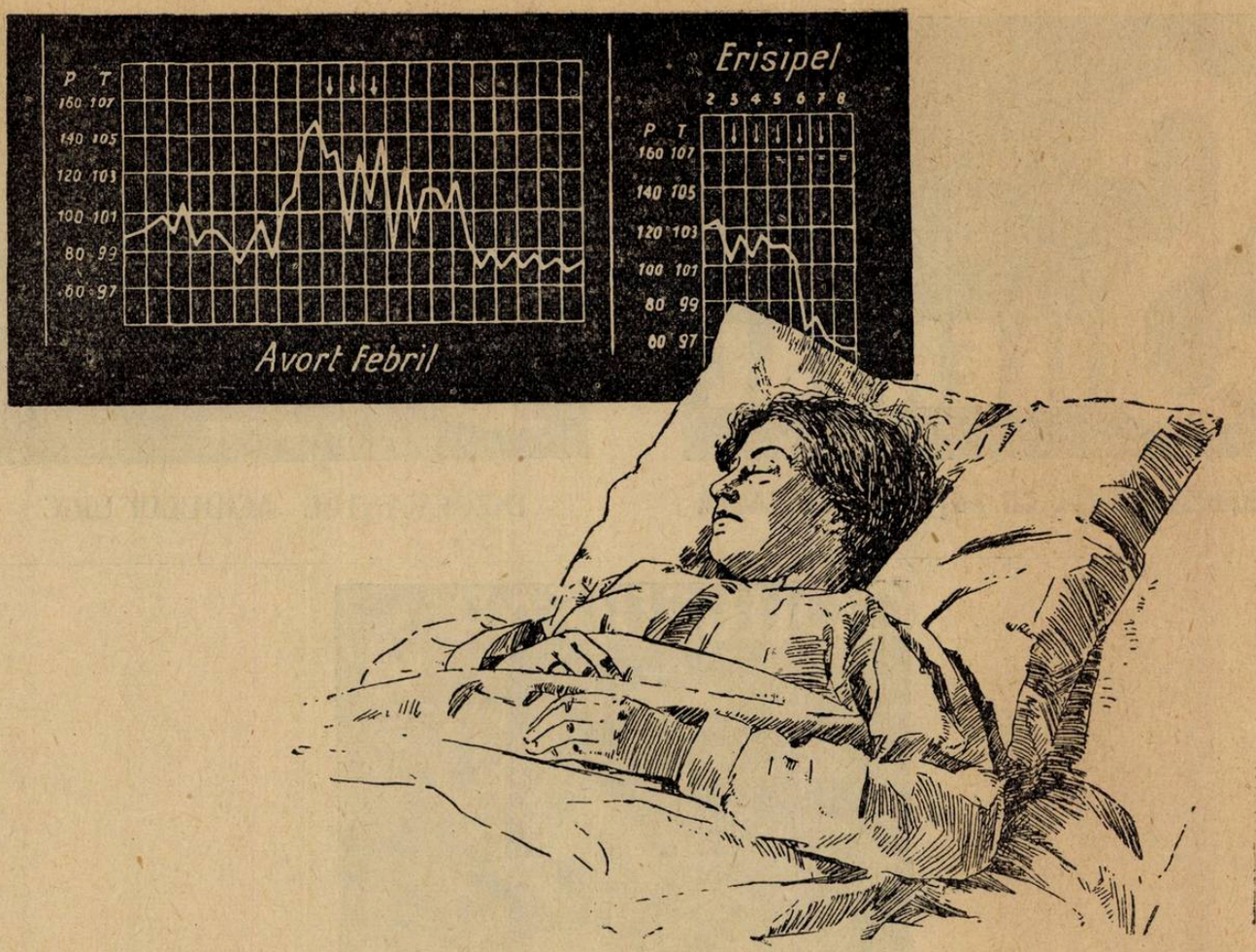
Acest studiu experimental atrage consecinţe terapeutice importante: necesitatea absolută de a bloca pe loc prin tăbăcire pricipiul toxic înainte de şase ore care urmează arsurei, necesitatea de a urmări prin dosagii bi sau tricotidiene cloruremia arşilor, necesitatea reclorurării şi hidratatiei masive preventive la cea mai mică slăbire a sărei sanguine.

Konservative orthopädische Behandlung, der Poliomyelitis. (Tratamentul ortopedic conservativ al poliomielitei) von Privatdozent Dr. Guido Engelmann. 1 vol. 50 pag. cu 61 figuri. Wien. Verlag von Wilhelm Maudrich, 1938. Reprezentant pentru România, librăria medicală, *H. Welther* Sibiu, str. Regina Maria No. 28.

Frecvenţa crescândă a poliomielitei în ultimii ani, a arătat că în această boală omiterea celor mai elementare măsuri terapeutice duce adesea ori la infirmităţi grave care, în cazul cel mai bun, pot fi relativ ameliorate numai după un tratament lung şi penibil.

Bazat pe o mare experienţă, autorul expune pe larg ceeace el numeşte «tratamentul ortopedic conservativ», pe care îl preconizează dela apariţia primelor semne ale poliomielitei şi care constă în deosebi din masagii, electroterapie, exerciţii gimnastice pasive şi active.

O bogată şi sugestivă iconografie însoţeşte textul.



Prontosil

In toate infecţiunile streptococice. Activ şi în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3-9286 — Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Telefon 37.22

NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ

DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC

BADIJONAJ GARGARA

NEOTHORIUM „MILLOT"

OVULE – CREIOANE – COMPRIMATE

LEUCOREE, METRITE, VAGINITE, CERVICITE

4–6 PE ZI.

GRANULE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

Contribuţiuni la combaterea stărilor de colaps în chirurgie

de Dr. AUREL NIANA
Asistent al clinice

De multe ori se observă în timpul intervenţiunilor chirurgicale sau după acestea, apariţia unor turburări circulatorii acute, cari necesită totdeauna un tratament raţional pentru combaterea lor. Dintre aceste turburări circulatorii, în chirurgie mai frecvent survine paralizia vasculară periferică, care într'o fază mai înaintată se traduce prin o stare de colaps şi care se observă mai ales după rachianestezii, operaţiuni şocante şi de lungă durată şi în infecţiuni.

La instalarea acestor stări, tabloul e caracteristic; astfel vom găsi totdeauna un puls mic, slab, abia perceptibil, paloarea feţei, cianoza extremităţilor, tachicardie, însă factorul cel mai important este scăderea tensiunii arterial şi tensiunea venoasă joasă, care duce în cazurile mai grave la pierderea cunoştinţei.

Griensinger, Virchow şi *Riegel* au căutat să explice stările de colaps prin o insuficienţă circulatorie datorită unei slăbiri acute a cordului, însă mai târziu *Romberg* şi *Pässler* au arătat în mod experimental rolul sistemului vascular periferic în aceste deficienţe circulatorii.

Lucrările lui *Barcroft, Brandt, Eppinger* şi *Dieckhoff*, demonstrează, că în aceste stări de colaps, cauza principală este o insuficienţă circulatorie periferică, din cauza unei vazodilataţii excesive şi o stagnare a sângelui în vasele periferice şi mai ales în teritoriul splanchnic, ficat, splină şi ramurile portei şi ca urmare inima primeşte o cantitate de sânge insuficientă cerinţelor vitale şi astfel nu poate lansa decât o cantitate redusă în aortă, căci cordul se contractă în vid, spre deosebire de insuficienţa centrală unde cordul primeşte o cantitate de sânge superioară capacităţii sale de elaborare. Inima, în stările de colaps o găsim de obiceiu de dimensiuni normale, fără dilatare, ea nu este deci supraîncărcată, ci din contra insuficient umplută.

Este important de a recunoaşte imediat aceste stări pentru aplicarea unei terapeutice adecvate în sensul unor medicamente capabile de a mobiliza sângele stagnant, ridicând cât mai rapid posibil tonusul vascular.

* * *

In chirurgie dintre toate anesteziile cea care poate declanşa mai adeseori o stare de colaps, mai ales la indivizii debili este rachianestezia şi în special cea superioară. Acţiunea hipotensivă a rachianesteziei a fost studiată de mai mulţi autori ca, *Pratt, Ducuing, Revel, Kirschneu, Quenu, Wells, Th. Ionescu* şi alţii cari consideră scăderea tensiunei arteriale ca cel mai important de savantaj al rachianesteziei. Anesteticul introdus în canalul rachidian paralizează pe lângă rădăcinile motorii şi sensitive şi ramurile comunicante ale simpaticului . precum şi funcţiunile centrilor medulari vegetitivi. Consecinţa este o paralizie a vazoconstrictorilor în toată regiunea anesteziată şi cu cât aceasta interesează segmente mai întinse cu atât şi tensiunea arterială va arăta o scădere mai mare şi astfel colapsul este mai iminent.

Este uşor de înţeles, că din această cauză pericolul colapsului creşte cu cât anestezia rachidiană se face la un nivel mai înalt şi când interesează marile rezervoare de sânge ale circulaţiei portale şi rezervoarele reprezentate prin ficat şi splină, cari sunt sub controlul direct al nervilor splanchnici.

Practicată la cei cu o tensiune arterială mai ridicată, hipotensiunea rachianestezică este mai puţin evidentă. Din contra, la cei hipotensivi rachianestezia poate produce scăderi însemnate ale tensiunii şi în aceaste cazuri colapsul este inevitabil.

Pentru evitarea acestor stări de colaps, mai ales în acele cazuri, unde tensiunea arterială înainte de anestezie arată deja o cifră mai joasă de cea normală, vom căuta în mod profilactic prevenirea lor prin substanţe capabile de a ridica tonusul vascular.

In toate cazurile vom doza cantitatea anesteziculuí după bolnavi, având grijă de a injecta o cantitate minimă de substanţă cerinţelor anesteziei şi ţinând astfel bolnavul sub o anestezie cât se poate de superficială.

Oudard, Jean şi *Solcard* semnalează slăbirea pulsului, imperceptibilitatea şi aritmia sa înaintea instalării colapsului în urma dozelor masive de anestezic, iar tensiunea scade în raport cu doza injectată.

O altă condiţie este de a nu anestezia o regiune mai mare decât acea unde operăm. Scăderea tensiunii arteriale depinde şi de nivelul unde se practică injecţia spinală. Cu cât ne ridicăm mai sus cu atât tensiunea va scădea mai mult. Se cunosc urmările dezastruoase ale paraliziilor centrilor bulbari în rachianestezia superioară, când anestezicul ajunge la bulb şi în aceste cazuri combaterea colapsului sau a sincopei rămâne deobicei iluzorie.

Colapsul se poate instala şi în timpul intervenţiunilor chirurgicale şocante şi de lungă durată sau mai des după acestea la câteva ore sau chiar zile, din această cauză a fost numit «boală postoperatorie».

Apariţia colapsului pe lângă starea bolnavului şi durata operaţiunii depinde în mare parte şi de leziunea ţesuturilor în timpul intervenţiunii. Se cunoaşte scăderea accentuată a tensiunii arteriale în urma operaţiunilor în special pe abdomen, fie prin o laparotomie simplă prin secţionarea peritoneului, prin pătrunderea aerului rece în cavitatea peritoneală, prin tracţiunea mezourilor sau diferitelor organe, dilacerarea ţesuturilor sau iritaţia peritoneului. Toate aceste cauze favorizează producerea unei paralizii ale vaselor sau a musculaturii intestinale care de multe ori se traduce prin o stare de colaps. Din acest motiv vom căuta să micşorăm pe cât posibil traumatismul operator, evitând cât mai mult lezarea ţesuturilor.

Nu vom expune pe un bolnav cu organism debil şi nepregătit pentru o intervenţie lungă, ci vom căuta pe lângă remontarea stării generale şi în special a cordului şi a sistemului vascular cu analeptice şi vom alege operaţiile mai simple sau divizarea intervenţiunii în mai mulţi timpi.

Hemoragiile survenite atât în timpul intervenţiei cât şi după acestea, au un rol capital în producerea colapsului. Când organismul nu poate compensa sângele pierdut din lichidele ţesuturilor şi vasele mari şi în special când cele din teritoriul splanchnic sunt paralizate, inima din cauza lipsei de sânge nu este în stare să susţină centrele vitale şi se produce colapsul. In acelaş timp din cauza irigaţiei defectuoase a muşchiului cardiac contracţiunile inimei devin din ce în ce mai slabe, iar dacă nu intervenim cât mai rapid urmează moartea.

Pericolul stărilor de colaps creşte în supuraţiile cavităţilor mari ale organismului. Aşa empiemele sau peritonitele purulente difuze prin rezorbţia toxinelor produc alterări profunde în ţesuturile inimii şi ale vaselor. Mai ales în peritonita unde vasele sunt scăldate în puroi se produce pe deoparte în urma rezorbţiei toxinelor microbiene o paralizie atât a musculaturii intestinale cât şi a vaselor abdominale, pe de altă parte lipsa peristalticei intestinale face stagnarea materiilor şi astfel microbii din intestin exaltându-şi virulenţa contribue la agravarea stării generale. In aceste cazuri pe lângă tratamentul chirurgical operativ vom supraveghia centrul cardiac şi respirator precum şi starea sistemului vascular periferic.

* * *

Tratamentul colapsului şi al stărilor asemănătoare vizează în primul rând cauza determinantă a acestora şi în al doilea rând inima şi sistemul vascular.

Vom lupta pentru suprimarea şi înlăturarea cât mai rapidă a cauzei dacă

* Lucrare din clinica chirurgicală a universităţi «Regele Ferdinand I» din Cluj, Director: *Profesor Dr. Al. Pop.*

este posibil, iar redresarea dezechilibrului circulator o vom obține prin încălzirea extremităților, injecții subcutnate sau intravenoase de seruri saline sau zaharate pentru mărirea cantitativă a masei sanghine și prin administrare de medicamente tonice cardio vasculare și mai ales din cele cu acțiune periferică, cari vor readuce în circulație sângele depozitat în marile rezervoare ale organismului, ridicând tonusul vascular.

Mobilizarea sângelui din aceste rezervoare se poate obține fie prin stimularea excitabilității centrilor nervoși respiratori și vaso-motori, fie printr'o acțiune directă asupra vaselor periferice.

Prin întrebuințarea analepticelor Cardiazol, Coffeină sau Strichnină, în stările de colaps putem influența în mod indirect circulația. Aceste substanțe mărind excitabilitatea centrilor nervoși stimulează respirația în urma căreia se produce o oxigenare mai bogată a organelor vitale și în special a! cortexului cerebral, care aduce cu sine revenirea bolnavului și o activare a mișcărilor voluntare. In acelaș timp se ridică tonusul vascular în urma îngustării capilarelor și a vidării organelor mai ales din regiunea splanchnică și astfel afluxul de sânge spre inimă se mărește. *(Dreyer)*. Pentru stimularea centrului respirator mai putem administră lobelină sau inspirații cu bioxid de carbon.

Putem readuce în circulație sângele stagnant, independent de centrul vazomotor paralizat, acționând direct asupra vaselor periferice, aceste medicamente, cari printr'o vazoconstricție ridică tonusul vascular sunt reprezentate în primul rând de către adrenalina și derivații săi, cari însă pe lângă efectul salutar ce prezintă în stările de colaps mai au și o acțiune care face să scadă valoarea lor terapeutică cea ce face ca întrebuințarea lor azi să fie din ce în ce mai redusă.

Această acțiune nedorită constă în primul rând dintr'o vazoconstricție puternică care cuprinde întregul sistem vascular periferic și mai ales capilarele arteriale, din care cauză travaliul inimii este mult îngreunat datorită rezistenței ce i-se opune. Acțiunea bruscă și de scurtă durată a acestui analeptic, face ca în combaterea unei stări de colaps administrarea lui să fie repetată; ori în aceste cazuri după cum a arătat *Meyer* efectul poate să fie chiar contrar, din cauza toxicității asupra miocardului.

Literatura medicală științifică din ultimul timp în urma raportului Profesorului *Rein* din Göttingen la Congresul de Chirurgie din Berlin, insistă tot mai mult asupra analepticului Veritol, al Casei «Knoll» prezentându-l ca un valoros mijloc preventiv și curativ în stările de colaps din cauza că prezintă numai componentele pozitive ale adrenalinei.

Indemnați de concluziile favorabile a lui *Rein, Kirschner, Colombi, Taeger, Schoen, Dreyer* și alții am încercat acest analeptic și în Serviciul Clinicei noastre.

Inainte de a expune rezultatele obținute cu acest analeptic ne vm opri asupra câtorva considerațiuni de ordin farmaco-dinamic.

Acțiunea principală a Veritolului este o ridicare de lungă durată a tensiunii arteriale și venoase. Intensitatea tensiunii, grație reflexelor de autoconducere ale circulației, împiedecă o ridicare periculoasă a tensiunii peste maxima fiziologică în cazul când vagul este intact și nu influențează decât neînsemnat frecvența pulsului, spre deosebire de adrenalina sau alte preparate similare *(Rein, Dreyer)*. Tonificând vasele periferice și având o acțiune electivă asupra celor din regiunea splanchnică, Veritolul mărește debitul sanghin prin golirea rezervoarelor. Un mare avantaj al Veritolului față de adrenalina este că primul nu influențează rezerva de glicogen a ficatului, așa că în timp ce administrarea adrenalinei bolnavilor de ficat este contraindicată, Veritolul îl putem administra fără să fie nevoie de o compensație prin administrare de glucoză *(Holtz. Baumann)*.

* * *

Noi am întrebuințat acest analeptic

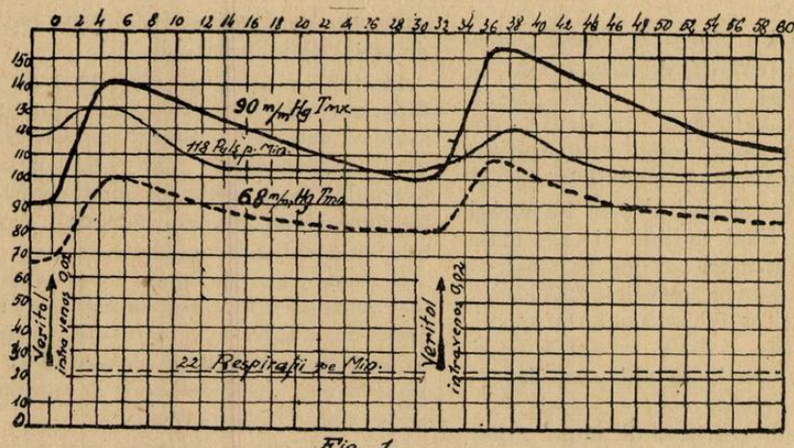


Fig. 1.

în decurs de un an la mai bine de 100 de cazuri, mai deseori ca profilactic contra colapsului periferic la rachianestezii, la pregătirea bolnavilor pentru operații mari precum și în stările de colaps survenite în urma operațiilor.

Neavând o substanță anestezică, care injectată spinal să nu influențeze pe lângă rădăcinile sensitive și motorii, centrii medulari vago-simpatici, am căutat să prevenim hipotensiunea rachianestezică cu 0,40 gr. de coffein natr. benz. injectată subcutanat înainte cu 15 minute de injecția spinală. Rezultatele au fost satisfăcătoare, totuși am avut cazuri grave de colaps cari au necesitat intervenții imediate. Veritolul în aceste cazuri a dovedit calități incontestabile pentru combaterea colapsului.

Iată un caz dintre observațiunile noastre, care ilustrează acțiunea Veritolului. Era vorba de un bolnav de 54 ani, care a fost operat de stenoză pilorică. Inainte de rachianestezie i se administrează 0,4 gr. coffein natr. benz. Se face rachianestezie la nivelul celei de a XII vertebră dorsală, cu 1,1 cc. novocaina 10%. După deschiderea cavității peritoneale, aproximativ 10 minute dela injecția spinală, se constată instalarea unui colaps periferic cu toată simptomatologia sa caracteristică. Se administrează imediat 0,02 ctgr. Veritol intravenos. După injecție la 15 secunde se observă o ridicare progresivă a tensiunii arteriale, care după 4-5 minute a ajuns la maximum, arătând 140 m/m. Hg.; s'a menținut la acest nivel câtva timp, apoi a început să descrească în mod lent și nu vertiginos ca după adrenalină. După 30 de minute tensiunea a scăzut la 100 m/m. Hg., când am administrat o nouă injecție. In urma acesteia am observat o nouă ridicare a tensiunii până la 155 m/m. Hg., însă de data aceasta scăderea a fost și mai înceată. Bolnavul care a revenit deja după prima injecție de Veritol, prezenta un puls din ce în ce mai plin, iar respirația era mai profundă.

Astfel s'a putut continua intervenția fără nici un inconvenient, făcând bolnavului o gastro-enterostomie. Evoluția post operatorie a urmat mersul normal

In urma celor constatate am început să administrăm în loc de coffein natr. benz. 0.4 ctgr. de Veritol intramuscular cu 10 minute înainte de rachianestezie. Rezultatele au fost cât se poate de bune, nici într'unul din cazuri n'am observat stări de colaps sau o scădere mai importantă a tensiuni arteriale. Deci, Veritolul se pretează minunat la neutralizarea atât preventivă cât și curativă a efectelor nedorite ale rachianesteziei.

Se cunosc avantajele rachianesteziei, mai ales în operațiunile asupra simpaticului lombar, hernii strangulate, ileusuri, etc.; ori în multe cazuri starea bolnavului ne silește să renunțăm la această anestezie. Practicând aceste injecții preventive, cei mai mulți bolnavi au putut fi operați sub rachianestezie fără a se observa vruen inconvenient sau stare de colaps.

substanțe, cari acționează ca cicatrizant de ex. Perlatan și untură de pește. Și Perlatan-ul (foliculină cristalizată) este rezorbit de piele și întrebuințat cu succes în turburările funcționale ale pielei, cauzate tocmai de o lipsă a foliculinei. Deaceea Perlatan-ul exercită în doze mici prin aplicații locale o acțiune de accelerare a țesutului de granulație, adică o acțiune vindecătoare asupra rănilor. Astfel de cantități mici de Perlatan nu turbură acțiunea hormonului lactației, după cum au arătat experiențele corespunzătoare.

Despre untura de pește se cunoaște de câțiva ani că posedă o acțiune excelentă de vindecare a rănilor. Cum au arătat experiențele clinice, această untură de pește depe mamelon nu va fi o piedică pentru sugar. Suppletan-salbe are următoarea compoziție;

Prolactin		10,0 mgr
Perlatan , ...		0,1 mgr
Ol, jecor. aselli . .		4,0 gr.
Lanolină Vaselină	aa . . .	ad 20 gr.

Aplicarea se face în modul următor: se pune pe fiecare mamelon cam 1 cm unguent presat din tub și această cantitate se întinde ușor pe mamelon, apoi se unge o bucățică de tifon cu un strat subțire de unguent și se așează pe mamelon.

Formă de prezentare:

Tub cu circa 20 gr. unguent.

Prețul aproximativ pt. public: Lei 83.—

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannhein-Waldhof
Reprezentant pentru România:
Rudof Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Su. 1 rum. 3299 V.—C. R. 25578.

Suppletan-Salbe

(nume depus)

Cu Suppletan-Salbe, vine pentru prima oară în comerț un preparat care conține hormonul lactației ce se poate obține din hipofiză și după cum am putut preciza și din alte organe. După cum au demonstrat experiențele hormonul lactației este rezorbit prin piele.

Standardizarea hormonului lactației se face după RIDDLE pe porumbei în vârstă de $^3/_4$ an, cari în acel timp nu sunt ocupați cu clocitul și creșterea puilor. Rezultatul este pozitiv dacă observăm o îngroșare și proliferare a straturilor mucoase care devine mai bogată în grăsime. Pe lângă aceasta se poate constata o exfoliere a straturilor celulare și o mărire a glandelor. Interesant este faptul că o anumită cantitate din hormonul lactației injectat în apropierea gușei dă acelaș rezultat ce o dă o doză de 100 de ori mai mare injectată intramuscular.

O unitate porumbel corespunde la 0,1 mg din preparatul nostru cel mai pur.

Suppletan-Salbe conține la 20 gr, 10 mgr (100 unități) hormon al lactației.

Fiindcă tocmai la turburările de secreținne a laptelui avem adesea leziuni la mameloane, Suppletan-Salbe conține încă

Am obținut rezultate foarte bune și în combaterea turburărilor circulatorii periferice, survenite după operațiuni șocante și de lungă durată, mai ales după cele practicate asupra cutiei și cavității toracice sau asupra abomenunului, și în urma căror se observa o scădere accentuată a tensiunii.

Un caz care merită să fie relevat este acela al unui bolnav operat cu un simptom mediastinal. In timpul extirpării tumorii se observă instalarea unui colaps, cu pulsul și respirația aproape imperceptibile. Se administrează imediat 0,04 ctgr. Veritol amestecat cu 0,10 ctgr. Cardiazol intravenos, după cari bolnavul își revine. După extirparea tumorii se termină rapid operația și bolnavul este readus în cameră. După o oră dela operație apare din nou o stare de colaps, bolnavul se simte foarte slăbit, este acoperit de transpirațiuni reci, tegumentele sunt palide, pulsul mic și hipotensiv 140 pe minut. Tensiunea arterială 100 m/m. Hg. Se pun sticle calde în jurul corpului și se injectează 0,02 ctgr. Veritol intravenos. După injecție se observă o ameliorare cu ridicarea tensiunii arteriale, după 2 ore a trebuit să injectăm din nou o doză de Veritol .După masa a decurs fără incident. Pentru noapte i-am administrat 0.04 ctgr. Veritol cu 0,10 ctgr. Cardiazol și 0.002 ctgr. dilaudid, toate intramuscular. Bolnavul s'a odihnit bine în tot timpul nopții. Dimineața se simțea mai ușor, pulsul era mai plin, iar tensiunea 115 m/m. Hg. In primele 3 zile a mai primit câte o injecție de Veritol cu cardiazol pentru noapte; de aci încolo evoluția a fost normală.

In cazul unei hemoragii acute și grave, metoda terapeutică cea mai eficace pentru a feri pe bolnav de un colaps, care uneori poate să-i fie fatal, este transfuzia de sânge. Eficacitatea sa este promptă în hemoragiile acute datorită proprietăților sale multiple, printre cari trebue să amintim pe lângă substituirea masei sanguine pierdute și acțiunea excitantă asupra organelor hemato-poetice precum și proprietatea hemostatică prin mărirea coagulabilității sanghine și acțiunii sale asupra pereților vasculari, constituind astfel cel mai bun mijloc de hemostază mai ales în hemoragiile interne.

Din nefericire însă, de acest mijloc nu dispunem în toate cazurile urgente. In aceste cazuri serul fiziologic injectat subcutanat sau intramuscular ne-a dat rezultate prețioase. Pentru a stimula acțiunea serului fiziologic administrat subcutanat am adăugat la 1000 cc. cât se injectează deobiceiu dintr'odată 0.04—0.06 ctgr. de Veritol. Astfel am putut menține timp mai îndelungat tensiunea arterială la un nivel ridicat.

Această metodă am întrebuințat cu rezultate bune în mai multe cazuri.

Iată una dintre observațiunile noastre. Un bolnav căruia trenul i-a tăiat membrul superior drept și gamba stângă înainte de a sosi primul ajutor pierde o cantitate considerabilă de sânge. Aproape exanghinat, într'o stare de colaps, este adus în Serviciul nostru. Înainte de a interveni îi administrăm 1000 cc. ser fiziologic cu 0,06 ctgr. Veritol subcutanat. Bolnavul revine având un puls mai plin și atunci intervenim, făcându-i dezarticulațai brațului și reamputația gambei în 1/3 superioară. După intervenție din nou am administrat aceiași cantitate de ser cu 0.04 ctgr. Veritol. Starea bolnavului a rămas tot destul de gravă deși pulsul și tensiunea arătau o tendință la revenire. A doua zi din nou îi facem o infuzie cu ser fiziologic și Veritol. Aceste infuzii le-am repetat timp de trei zile, după care interval s'a putut observa o ameliorare evidentă în starea generală a bolnavului și astfel am reușit să-l salvăm pe acest bolnav, care din cauza pierderii mari de sânge și a șocului suferit ne părea pierdut la început.

Rezultate surprinzătoare ne-a dat metoda injecțiunilor intravenoase permanente goutte à goutte în combaterea șocului și colapsului survenite în urma hemoragiilor grave, intervențiunilor de lungă durată, infecțiunilor precum și în peritonite supurate difuze.

Această metodă preconizată de *Friedmann* și mai târziu de *Unger Heuss*, *Vogt*, *Tokarev* și *Schwartz*, a fost introdus în Clinica noastră de d-l Prof. *Al. Pop*.

Ca ser, germanii întrebuințează soluția lui *Kausch*, numită Calorose. In lipsa acestei soluții, Prof. *Al. Pop* recomandă serul următor:

Steril!!
Sol. dextroză 70% 100 cc.
Digipuratum
Adrenalin 1‰ aa XL. gtte.
Apă dist. 1000 cc.

Am încercat înlocuirea adrenalinei din această soluție cu Veritol, mai ales în acele cazuri unde adrenalina era contraindicată, cu rezultate bune. Aparatul a fost menținut, după necesitate, în funcțiune deobicei 2-3 zile, dând un debit total de 1000—2000 cc. în timp de 24 ore. Când în timpul funcționării aparatului în cazuri grave, vroiam să mărim cantitatea Veritolului, am introdus doza crezută necesară în lumenul tubului cu ajutorul unei seringi.

Prin toate aceste metode mai sus amintite și cu ajutorul Veritolului am reușit să ajutăm bolnavilor să treacă peste orele critice ale colapsului, care de multe ori punea în pericol viața lor.

Această scurtă privire nu poate da decât câteva linii de conduită în prevenirea și combaterea colapsului, unde alegerea substanțelor analeptice pe lângă mijloacele necesare joacă un rol capital și unde Veritolul, pe baza proprietăților sale farmaco-dinamice dovedite experimental, câștigă din zi în zi un teren mai larg pentru aplicarea ei în Clinică.

REVISTA CARȚILOR

Professeur G. Buzoianu. Laringologie clinică, (noțiuni de). Un volum de 366 pagini cu 166 figuri. Tipografia «Cartea Românească» Cluj. 1939.

Laringologia clinică scrisă de profesorul Buzoianu este urmare a volumului de rinologie pe care conducătorul clinciei de specialitate din Cluj l-a tipărit în cursul anului trecut. Laringologia este scrisă în acelaș spirit al scopului didactic și practic. Ea cuprinde capitole cari se referă la embriologia, filogenia, anatomia, fiziologia și patologia laringelui. Aproape în totalitate, figurile cari ilustrează această carte sunt proprii. Sunt remarcabile schemele cari fixează timpii operatori ai laringectomiei totale. In afară de experiența colectivă care a precizat cu un caracter de quasi-definitivitate noțiunile mari ale laringologiei, autorul a adăogat experiența sa personală ieșită din activitatea clinicii sale din Cluj.

In prefața volumului autorul declară: «redactând această laringologie, datoria noastră nu a fost aceea de a construi teorii noi, ci de a comunica elevilor noștri impulsiunile de viață în domeniul specialității lor. N'am scris-o pentru a servi admirației cetitorilor ei, ci pentru a folosi efectiv în aplicațiuni practice. In acest sens noțiunile de laringologie expuse pot servi încă pentru a contribui la transformarea unor concepții vechi a laringologiei de altădată destul de rezistente în a dispare la timp. N'am să citez decât persistența nedreptățită a metodelor active operatorii în tratamentul laringitei tuberculoase, persistența atitudinei expectative, în cancerul laringean endocavitar, unde tocmai trebue să activăm operator, persistența ilogică adesea a cauterizărilor intralaringeene, a badijonărilor cari constituiau în trecut un panaceu în toate laringitele, spre nefericirea bolnavilor».

Expunerea materiei laringologice este făcută după acelaș plan clasic, începându-se cu noțiunile de etiologie și terminând cu problema terapeutică. Condițiunile de imprimare tehnică ale volumului sunt excelente.

Dr. TEODOR BALAȘIN

Schwangerschaftsunterbrechung aus urologischer Indikation. (Intreruperea sarcinei din indicații urologice). von Prof. Dr. B Ottow. Un volum de 27 pag. *Georg Thieme Werlag*. Leipig, 1939. RM. 1,90. (carto-, nat) Reprezentanța pentru România, librăria medicală, *H. Welter*, Sibiu.

In colecția de monografii urologice, de sub conducerea prof. dr. *H. Boeminghaus*, autorul publică o broșură care constitue nu numai o expunere complectă a indicațiilor urologice de întrerupere a sarcinei, ci și o revizuire critică din cele mai oportune.

Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale: „PROBLEME şi REALIZARI"

de Prof. Dr. CONSTANTIN DANIEL

O monumentală operă a Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale: «Probleme şi Realizări», luxos editată de Imprimeria Statului în două substanţiale volume (Bucureşti, 1939), publicată din iniţiativa şi sub îngrijirea d-lui medic G-ral N. Marinescu, Ministru al Sănătăţii şi Asistenţei Sociale şi dedicată *Majestăţii Sale Regelui*, sintetizează şi oglindeşte bogata activitate cunoscută a statului în domeniul sănătăţii publice, în cursul anului 1938.

«Ştiu totuşi că sunt trei comandamente superioare: este oştirea, sunt drumurile şi este sănătatea publică». astfel sună regala introducere care prefaţează înfăptuirile şi problemele ce se pun pentru ridicarea sanitară a ţării.

Nu se poate analiza nici rezuma profitabil imensul material adunat în cele două volume. Pentru a ne face o idee exactă de conţinutul lor, trebue citite şi studiate în amănunţime. Ele dau loc la importante reflexiuni, atât asupra celor realizate în cursul anului trecut, cât şi asupra activităţii ce rămâne a se desfăşura în viitor în raport cu concentrările făcute pe teren în intensa campanie sanitară din vara trecută.

In 20 pagini introductive, D-l Ministru Dr. N. Marinescu, expune *concepţia* care a orientat activitatea sa, consemnată într'un vast program cuprinzând: 1) evidenţa sanitară a ţării; 2) organizarea; 3) combaterea boalelor contagioase şi sociale; 4) higiena şi salubritatea; 5) problema mamei şi a copilului; 6) ocrotiri sociale; 7) măsuri speciale pentru regiunea Moţilor; 8) inventarierea averii Ministerului Sănătăţii.

«Intocmirea unei evidenţe a situaţiunii sanitare a întregii ţări pe baza de anchete sanitare pentru fiecare comună rurală şi urbană în parte, după chestionare tip, cu scopul obţinerii unor date exacte asupra tuturor problemelor de sănătate publică şi în special maladiile sociale (sifilis, tuberculoză, malarie, pelagră, cancr, etc.) formează partea cea mai interesantă şi originală a planului de acţiune ministerială, întocmit după instrucţiuni bine precizate, înainte de a proceda la realizări apreciabile.

«*Evidenţele sanitare*» executate în comune, prelucrate şi totalizate în conformitate cu instrucţiunile speciale înaintate serviciilor, formează pentru medici un îndreptar perpetuu de activitate, de sugestii şi îndrumări.

Sunt cunoscute remarcabilele rezultate obţinute în campania sanitară din lunile August şi Septembrie 1938, asupra cărora am revenit într'un articol anterior (România Medicală, Nr. 4, 15 Februarie 1939), care au dat posibilitatea Ministerului Sănătăţii să cunoască întreaga înfăţişare a sănătăţei ţării.

Pentru aducerea la îndeplinire a vastului program ministerial, organizarea sanitară impune o ameliorare a asistenţei, printr'o mai judicioasă repartizare şi înmulţire a numărului medicilor şi a personalului sanitar auxiliar în circumscripţiile rurale, înzestrarea spitalelor cu utilajul şi materialul necesar.

Noile provincii româneşti au atras îndeosebi solicitudinea D-lui Ministru pentru *combaterea mortalităţii infantile şi lupta contra depopulării Banatului, crearea de noi circumscripţii medicale rurale şi de dispensarii, amenajarea spitalelor în regiunea Moţilor.*

* * *

Cel ce parcurge această publicaţiune de mare amploare, găseşte o foarte documentată expunere a constatărilor făcute la faţa locului în cursul campaniei sanitare, cu expunerea principiilor călăuzitoare pe care Ministerul le recomandă serviciilor pentru a desvolta şi adânci cât mai mult acţiunea pe teren.

Osebit de *lupta contra maladiilor infecto-contagioase, profilaxia boalelor sociale, higiena individuală şi colectivă*, o mare grijă formează *problema demografică* strâns legată de viitorul neamului

Un număr considerabil de tabele, grafice, scheme, hărţi statistice şi de interesante fotografii, admirabil prezentate, complectează expunerile interesantelor «*Dări de seamă*» asupra activităţii şi rezultatelor obţinute în cursul campaniei sanitare de diferitele organisme ale ţării din Ardeal, Vechiul Regat, Bucovina, Basarabia.

Intre aceştia amintim: 1) Cluj (Juliu Haţegan, Petre Râmneanţu, Sept. Bariţiu, L. Prodan); 2) Sibiu (I. Stoichiţă, N. Comşa, V. Pogorelţ); 3) Făgăraş (I. Stoichiţă, I. Ghitea, N. Comşa); 4) Timiş (Ioan Pleşa); 5) Timişoara (N. Buteanu); 6) Cernăuţi (C. Petrescu); 7) Câmpulung (I. Creangă); 8) Iaşi (T. Bălău); 9) Roman (Moise Enescu); 10) Chişinău (Constantin Suflery); 11) Lăpuşna (C. Suflery, G. Bucearov); 12) Orhei (N. Lipioschin); 13) Craiova (V Teodorescu); 14) Mehedinţi (I. Cosmuţă); 15) Constanţa (Mihail Isăcescu, Ilie Zăftur); 16) Brăila (V. Dragu); 17) Ilfov (C. Ghizdăvescu, Elena Vorochievici, Elena Bordan); 18) Bucureşti (I. Apostolescu, N. Pandelescu, I. Dumitrescu, D. Nanca, C. Tănăsescu).

Expunerea bogată şi luminoasă a D-rului E. Răzmeriţă ne dă *Evidenţa sanitară a Municipiului Bucureşti.*

Urmează apoi *Asanarea zonei manevrelor regale din 1938* (N. Cădere, medic Lt. Col. C. Popescu-Măleni, medic căpitan V. Albescu).

Partea terminală a volumului II cuprinde:

1. O importantă *Descentralizare a tratamentului antirabic* prin crearea de alte 27 subcentre, osebit de centrele universitare; 2. pentru maladiile infecţioase: un interesant capitol consacrat: a) *Profilaxiei specifice a scarlatinei*, (Medic Căp. Virgil Albescu); b) *Profilaxiei şi combaterei boalelor infecţioase* (întocmit de Institutul de Higienă din Cluj). In fine, 3. *Regulamentul Depozitului central de materiale sanitare* al Ministerului Sănătăţii, 4. Legea înfiinţării *Casei de Credit, Economie şi ajutor* a personalului sanitar şi de ocrotire din România.

«Dările de seamă», adevărate fotografii, instantanee, ale evidenţelor constatate, permite lectorului să cuprindă mai uşor întreaga înfăţişare sanitară a ţării, şi să-şi dea seama de ce este realmente şi, din problemele pe cari anchetele monografice le vor fi dovedit mai actuale de rezolvat, să deducă ce trebue făcut imediat, ce se poate efectua ulterior.

* *

Activitatea sanitară din anul 1938, inspirată de grija *Majestăţii Sale Regelui* pentru sănătatea poporului, onorează în cel mai înalt grad corpul nostru medical şi pe strălucitul său animator, d. Medic General N. Marinescu, Ministrul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale.

Nu pot termina această scurtă analiză, fără a reproduce câteva pasagii din frumoasa mulţumire ministerială, adresată medicilor şi personalului auxiliar, nobilă pagină de antologie, pe care aceştia n'o vor uita:

«Medicilor, cari cu toate vicistitudinile vieţii nu s'au lăsat învinşi de greutăţile ei şi cari ori decâte ori au fost apăsaţi, ei au găsit sprijin în sufletul lor, ce s'a înălţat mai presus de toate preocupările materialiste ale vieţii omeneşti şi în acea sclipire divină care li s'a încredinţat în profesiune, de a înţelege, apăra şi salva viaţa, care i-au călăuzit şi i-au întărit pentru a învinge piedicile, pentru a răspunde unei meniri pe care nici o altă profesiune nu o are, ţin să le spun că au fost mai presus decât datoria lor. Mulţumirile noastre nu vor fi niciodată la înălţimea serviciilor ce au adus».

«Personalul sanitar inferior, acei apostoli modeşti, anonimi şi de cari toată lumea nu-şi aduce aminte decât la suferinţă, au covârşit nu numai cu numărul lor, dar şi cu munca şi cu sentimentele lor. Ei au fost, sunt şi rămân la datorie şi oricât ar fi fost de mari nevoile lor, ei au răspuns şi au dat tot ce li s'a cerut».

Intestinol

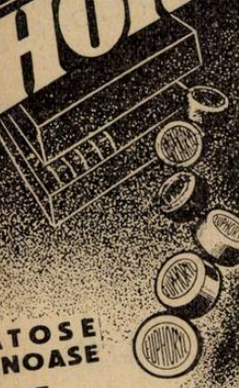
Pancreas. Duoden. Bilă. Cărbune. anim.

Turburări digestive. Balonare.
Flatulenţă. Dispepsie intestinală.
Umflarea Diafragmei (Roemheld).
Catar putrid.

3 orí pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în timpul meselor.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

EUPHORYL



DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, Av^ue DAUMESNIL, P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS

ANA
PARIS

Hirudinase

(DRAGELE)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare.

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORRE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PA

Salicylate SURACTIVE "ANA"

SALICILAT DE SODIU în combinaţie CALCO-MAGNESIANĂ TIOSULFATAT

32 gr. SALICILAT de SODIU SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
3 linguriţe de cafea sau 70 de picături = 1 gr. Salicilat de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism - ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS. XIIe

Paul ILUTZA, 23, Srada OLARI - BUCUREŞTI, IV

Antagonism între generaţii, sau numai puţin interes pentru ştiinţa românească

de Dr. I. CLAUDIAN
Asistent Universitar

In acest loc, într'un număr trecut al revistei, erau înserate rândurile prin cari Doctorul **I. Pavel** ne împărtăşa câte ceva din gândurile şi înfăptuirile fraţilor Mayo, care, la celălalt capăt al lumii, au făcut atât pentru ridicarea prestigiului ştiinţific al marei republici americane. Este acesta un fapt care se incadrează, acolo, într'un întreg sistem de realizări călăuzite de o generaţie luminată şi o înaltă concepţiune despre omenire şi dsepre omenie.

Din sărăcia noastră europeană şi românească, atâţia am visat la asemenea minunate semne ale putinţei creerului şi minţei omeneşti.

Dar iată că astăzi, spune colegul nostru, problema promovărei ştiinţei româneşti cată să iasă din domeniul nostalgiilor şi se actualizează, pare-se, prin concepţiile cari îndrumează nouile aşezări ale acestei ţări. Şi în această privinţă, ca în atâtea altele, iniţiativele individuale trebuesc încadrate în sforţarea colectivă a naţiunei. «Politica culturii» nu ar putea lăsa la o parte năzuinţele spre munca aridă şi nerăsplătită a cercetărilor ştiinţifice.

Acestea sunt, dacă înţeleg bine, nădejdele, abia mărturisite, ale autorului rândurilor de care vorbesc.

* * *

E astăzi momentul să se vorbească despre asemenea lucruri? In atmosfera de zbucium a zilei de azi, când se clintesc atâtea aşezăminte ale acestei lumi, pe cari le-am crezut temeinice, preocuparea aceasta pare, desigur, puţin paradoxală. Neliniştea spiritelor nu a fost niciodată prielnică ideilor senine, cari ţin mai mult de specia eternităţii decât de contingenţele brutale.

In altă ordine de idei credem că actualii conducători ai ţării înţeleg însemnăatea relelor de tot felul cari rod pe tăcute vlaga naţiunii noastre. Şi sunt atâtea lucruri de realizat şi în această direcţiune.

* * *

Să ne oprim aci în enunţarea acestor adevăruri, banalizate, urâţite de o lungă serie de generaţii de politiciani nesinceri, şi să ne întoarcem la preocupările noastre de breaslă.

«Facultatea noastră trebue să promoveze practicieni buni. La noi nu e vorba de Ştiinţă». Nu e prea de mult de de când am auzit de aceste cuvinte, rostite de unul din cei cari avea mai puţin dreptul să le spună. E o capitulare, o reunţare tristă la o luptă pe care medicina românească o dă de câtova decenii. A fost un războiu de hărţuială zilnică cu sărăcia, cu nevoile, cu mentalitatea meschină a unor conducători mici. Un războiu în care atâţia luptători s'au stins fără glorie alături de cei câtiva cari şi-au închinat victoria prestigiului acestei ţări. El a făcut cinste câtorva generaţii medicale.

Acest capitol al istoriei noastre medicale pare că se închee astăzi. Asistăm poate la lichidarea unei anumite mentalităţi. Vom fi siliţi să părăsim frontul pe care s'au chinuit atâţia înaintaşi. Să renunţăm fără prea mult regret, la slabele mijloace, cu cari nu puteam înfăptui prea mult. Să desfiinţăm clinici în cari abia se înfiripase o tradiţie. Să rupem fără remuşcări, un fir preţios, cu osteneală tors, pe ale cărui capete nu le vom mai putea lega niciodată.

Să refacem din ce a mai rămas, instituţii noui, laboratorii firave, tot atât de sărace, în cari vechiul suflu se va stinge încet. E starea de lucruri aşa cum o vede o întreagă generaţie.

* * *

O «generaţie»: Am pronunţat cuvântul care sună uneori ca o lozincă de raliere războinică Şi, într'adevăr, acest cuvânt e greu de evitat. Şi suntem siliţi să punem întrebarea: se poate răpi unei noui generaţiuni de medici dreptul la o instrucţie ştiinţifică superioară, dreptul de a căuta căile grele ale graţiei?

Sunt două lucruri cari trebuesc deosebite din capul locului. In primul rând, posibilităţile de pregătire şi cercetare ştiinţifică sunt astăzi nemăsurat mai grele ca până acum. Cercetarea ştiinţifică a ieşit de mult din faza de diletantism. Eforturi individuale, fragmentare, făceau posibilă instruirea ca şi cercetarea, cu mijloace reduse şi cu mici sacrificii de timp. Institutele din Occident erau altădată accesibile atâtor tineri cari se selecţionau uneori după calităţile lor spirituale şi prea deseori după posibilităţi materiale cari să îngădue o lungă muncă neretribuită. Acest regim a permis ştiinţelor noastre şi medicinei în special să se menţină la un nivel destul de preţuit.

Azi condiţiunile de lucru sunt cu totul altele. Promovarea ştiinţei cere celor cari se dedică ei, posibilităţi materiale vaste şi închinarea neprecupeţită a timpului întreg. In faţa acestor greutăţi, iniţiativele individuale pot foarte puţin sau nimic.

Problema posibilităţilor materiale nu trebue să ne facă să uităm însemnătatea ambianţei morale fără care nu poate trăi «spiritul» ştiinţific. In nici un domeniu nu se poate lucra cu entuziasm şi cu spor, fără o atmosferă de libertate, de independenţă. Există o anumită disciplină care se armonizează rău cu necesităţile independenţei creiatoare.

Maeştrii de astăzi au datoria ca, odată ajunşi la înălţimea catedrei, să poată privi şi din punctul de vedere al generaţiilor în devenire, care era punctul lor de vedere până mai eri, şi să acorde libertatea spirituală cuvenită celor ajunşi la un anumit grad de maturitate creiatoare.

Lipsurile acestei înalte înţelegeri au putut creia acel antagonism între generaţii, care se simte din când în când în atmosfera medicală.

Aceste deziderate nu sunt particulare unei ţări sau unei generaţii mai mult sau mai puţin lezată. Ele sunt generale. «Respecter chez les jeunes cet ethousiasme et cette indépendance qui sont les qualités des grands découvreurs, c'est-à-dire des révolutionaires de science...»—spunea Profesorul Courmont într'un articol recent publicat în «Presse Médicale» (No. 18, 1939), intitulat «Comment favoriser les recherches scientifiques et les découvertes», din care regret că spaţiul restrâns nu-mi permite citaţiuni mai largi.

* * *

Sunt tot atâtea probleme grele şi tot atâtea sarcini cari apasă pe cei cari cârmuesc această ţară ca şi pe cei cari privighează desvoltarea medicinei româneşti. Mayo în articolul amintit mai sus scrie «că celor tineri le revine datoria de a stabili condiţiile cele mai bune şi înţelepte pentru generaţiile lor». Deşi o putem gândi şi noi pentru noi, acest drept nu se ia, ci se dă de înaintaşi. Fiindcă de acest privilegiu n'am beneficiat, datoria noastră, a celor din generaţia sacrificată care nu mai putem vrea nimic pentru noi, este să cerem posibilităţi de lucru pentru generaţiile cari mijesc. Cârmuirea nu poate lăsa la o parte unul din potenţialele de vitalitate ale acestui popor, şi ale unei generaţii ale cărei posibilităţi în acest domeniu se perd abia schiţate.

Cercetarea soluţiilor acestor probleme rămâne deschisă. Le-am vrea rezolvate în spiritul de intelectualitate înţelegătoare de care un tineret harnic e de mult însetat.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizita prof. dr. N. Lindemann, dela Dusseldorf

Şedinţa ştiinţifică a Societăţii de stomatologie ţinută la spitalul „Colţea".

La 17 Aprilie a sosit în Capitală, profesorul dr. N. Lindemann, dela Dusseldorf, titularul catedrei de chirurgie maxilo-facială dela Universitate.

D-sa a venit în ţara noastră pentru a face o conferinţă de specialitate, fiind invitatul d-lor prof. dr. I. Iacobovici şi conf. dr. Dan Teodorescu.

D. prof. Lindemann a fost însoţit de d-nii dr. Diener şi Funke.

Marţi 18 Aprilie, în cadrul unei şedinţe a societăţii române de stomatologie, ţinută în amfiteatrul cel mare al spitalului «Colţea», sub preşedinţia d-lui prof. dr. I. Iacobovici, profesorul *Lindemann* şi a desvoltat conferinţa sa vorbind: «Despre mijloacele şi indicaţiile chirurgiei maxilo-buco-faciale».

Au făcut apoi expuneri d-nii: *Dr. Diener*-Dusseldorf, conf. dr. *Dan Teodorescu, Ed. Mezincescu* şi *P. Stroescu.*

Al IV-lea Congres National de Tuberculoză

In zilele de 27, 28 şi 29 Mai a. c., are loc la Cernăuţi al IV-lea Congres Naţional de Tuberculoză, organizat de Liga Naţională contra Tuberculozei şi de Societatea pentru Studiul Tuberculozei, cu următorul program:

1. Tuberculoza în mediu rural. Raportori: prof. M. Ciucă şi M. Nasta. Aspectul general al problemei. Coraportori: g-ral dr. I. Bălănescu şi cpt. I. Gaspar, prof. I. Moldovan şi Agr. Zolog (Cluj), prof. A. Bălteanu şi I. Alexa (Iaşi), dr. Stoichiţă (Sibiu).

2. Turburările metabolismului în tuberculoză şi metodele terapeutice menite să le influenteze. Raportori: prof. Gh. Popoviciu (Cluj) şi prof. I. Troteanu (Iaşi).

3. Tuberculoza laringelui. Raportor: dr. I. Ţetu (Bucureşti).

4. Rolul Infirmierei vizitatoare în lupta antituberculoasă. Raportor: d-na Costriş (Iaşi).

5. Excursie la cetatea Hotinului şi la mănăstirile din Bucovina.

D-nii medici cari doresc să participe la acest Congres sunt rugaţi a adresa cererea de înscriere împreună cu taxa de lei 300 precum şi titlul comunicărilor ce doresc a face, pe adresa d-lui dr. M. Nasta, secretar g-ral al Congresului, 103 spl. Independenţei (Institutul de seruri şi vaccinuri Dr. I. Cantacuzino), Bucureşti VI.

Indată după înscriere, medicii vor primii Programul Congresului, cartea de membru şi certificatul de reducere pe cale ferată.

Inscrierile făcute anterior rămân valabile.

Congresele Internaţionale ce se reunesc în cursul lunei Mai şi Iunie

In cursul lunilor Mai şi Iunie 1939 se vor întruni următoarele congrese medicale internaţionale:

7 — 15 Mai. — Al X-lea Congres internaţional de Medicină şi Farmacie militară, Washington.

Chestiuni la ordinea de zi:

Organizarea şi funcţionarea Serviciului sanitar în expediţiunile coloniale. — Procedee practice de anestezie şi analgezie în chirurgia de război. — Organizarea şi funcţionarea Serviciului chimico-farmaceutic militar. — Prevederea pierderilor în timp de războiu şi metoda lor de calcul. — Tratament de urgenţă şi aparataj primar la fracturile de război a maxilarelor. — Specializarea tehnică a ofiţerilor de administraţie ai Serviciului sanitar. — Oxigenoterapia şi organizarea ei la trupele în campanie.

Secretar general: Colonel Harold W. Jones, M. C. Army Medical Library 7th St. and Independance Av., Waschington, S. W. (U. S. A.).

15 — 20 Mai. — Al IV-lea Congres internaţional de patologie comparată. Roma.

Chestiuni la ordinea de zi:

Ultravirusurile. — Ereditatea în patologie. — Funcţiunea antigenilor asociaţi. — Procese degenerative la plante.

Secretar general: Prof. Vittorio Zavagli, Consilio Nazionale delle Richerche, Piazzale delle Scienze, Roma.

18 — 21 Mai. — Al II-lea Congres internaţional al medicinei de asigurare-viaţă. Paris.

Raporturi prezentate:

Tuberculoza pulmonară şi asigurarea vieţii. Hipertiroidismul în asigurarea vieţii. — Influenţa obezităţii în asigurarea vieţii. — Importanţa tabagismului în asigurarea vieţii şi în medicina preventivă — Albuminuria în asigurarea vieţii. — Valoarea statisticilor în asigurarea vieţii.

Secretar general: M. P. A. Carrié, 9 rue de Belloy, Paris.

18 — 21 Mai.—Al XXVI-lea Congres al Alianţei de Igienă socială. Bordeaux.

Secretar general: M. Eugène Montet. Musée Social, 5, rue Las-Cases, Paris.

22 — 25 Mai. — Zilele internaţionale de patologie şi de organizaţia muncii. Paris.

Raporturi prezentate:

Condiţiuni igenice a diverselor lucrări de sudură. — Etiologia şi patogenia dermatozelor profesionale. — Despre diversele sisteme de indemnizaţie a maladiilor profesionale. — Studiu toxicologic al principiilor constituante al oţelurilor zise speciale.

Secretar general: M. Guy Hauser, 6, rue de la Douane, Paris.

5 — 7 Iunie. — Al XX-lea Congres de Medicină legală. Paris.

Chestiuni la ordinea de zi:

Medicină legală: Studiul picăturilor de sânge proectate.

Criminologie: Responsabilitatea paraliticilor generali trataţi.

Patologie profesională şi traumatică: Hernii şi accidente de muncă.

Secretari generali: M. Desoilee, 47, boulevard Garibaldi, Paris et M. Dervillée, rue du Jardin-Public, Bordeaux.

O distincţiune pentru D-l Prof. Deleanu

Consiliul Facultăţii de farmacie de pe lângă universitatea din Paris, întrunit sub preşedinţia d-lui prof. dr. A. Damiens, decanul acestei facultăţi, a ales «Doctor honoris cauza» al acestei facultăţi pe d. prof. N. Deleanu, fost decan al facultăţii de farmacie din Bucureşti.

In adresa pe care universitatea din Paris a trimis-o d-lui prof. N Deleanu, s'a stabilit ca ceremonia solemnă a decernării titlului, să se facă la Sorbona în prima săptămână a lunei Noembrie.

Alegerea ca Doctor «honoris cauza» a d-lui Prof. Dr. Deleanu i-a fost anunţată de d-l Decan al Facultăţii de Medicină din Paris, prin următoarea scrisoare:

Scumpe Coleg,

«Consiliul Facultăţii noastre m'a însărcinat să vă întreb, dacă aţi primi cu plăcere să fiţi instituit 'Doctor honoris cauza al Universităţii din Paris la începutul anului şcolar viitor; aceasta în numele învăţământului nostru. De obicei ceremonia solemnă are loc la Sorbona în prima săptămână a lunei Noembrie.

Candidatura Domniei Voastre, pe care am prezentat-o eri, a fost primită cu multă satisfacţie de toţi prietenii ce aveţi printre noi. Va fi deci, înainte de orice, o manifestaţie de cordialitate şi afecţiune ce vom face în numele Domniei Voastre.

Afară de aceasta Facultatea de Farmacie din Paris se va socoti fericită cu acest prilej, să dovedească Facultăţii de Farmacie din Bucureşti, precum şi marelor Instituţiuni naţionale şi Academiilor, din care faceţi parte, simţămintele ei de caldă simpatie.

Facultatea noastră şi Universitatea din Paris vor folosi deasemenea acest fericit prilej pentru a adeveri cu bucurie înfrăţirea trainică dintre Franţa şi scumpa D-voastră Patrie, de care ne mai leagă, în afară de amintirea trecutului şi speranţele unui viitor mai fericit.

Primiţi, vă rog, D-le Coleg, asigurarea celor mai alese sentimente.

Decan, (ss) *Prof. Dr. A. Damiens*»

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CARBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVI-e

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

La tratamentul
Mastitei
Abcesul sânului
şi alte stări inflamatorii.

Aplicarea unei comprese cu
ANTIPHLOGISTINE,
acţionează ca un stimulent asupra circulaţiei capilare şi accelerează prin aceasta restabilirea.
Sub influenţa căldurii sedative ale aplicaţiunii, pacienta resimte uşurare şi calmare.

ANTIPHLOGISTINE

Remediul contra inflamaţiunilor
Eşantioane şi literatură la cerere.
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YORK. U. S. A.
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sf. Ionică No. 8, Bucureşti I.

Desinfectant intern al aparatului uro genital

VESTIN Dr. Wander

Drageuri Fiole injectabile Pulbere

Antiseptic colorant pe bază de fenilazodiaminopiridină
Acțiune bactericidă intensă asupra gonococului, colibacilului etc.

Uretrite

Cistite

Pielite

Bacteriurie

In spasme

Dureri interne și postoperatorii

Dismenoree

NEO-LUVERIN Dr. Wander

Tablete Supozitoare

Acțiune spasmolitică și analgetică sigură

In turburări nervoase funcționale și organice

Neurastenie

Histerie

Insomnie

NEUPON Dr. Wander

Sirop și drageuri

Regenerează țesuturile nervoase și calmează hiperexcitabilitatea sistemului nervos.

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București VI, Str. Cazărmei 89.

Premiile Regina Elisabeta

In ziua de 2 Mai, la orele 8 seara, se vor decerna în localul «Asociaţiei Generale a Medicilor» două premii în valoare de câte 12.000 lei, prevăzute în fondul lăsat de Regina Elisabeta.

Un premiu este pentru Obstetrică şi unul pentru Puericultură. Ele vor fi decernate absolvenţilor Facultăţei de Medicină din Bucureşti, în urma unui examen de titluri şi lucrări şi a unei probe orale.

Noul comitet al Asociaţiei Medicilor filiala Paris

Asociaţia Medicilor Români pentru studii la Paris, a ales în unanimitate următorul comitet pentru anul 1939 — 1940: Preşedinte, Dr. C. I. Tănăsescu; Vice-preşedinţi, Doctor V. Băleanu şi Doctor V. Mârza; Secretar general, Doctor N. Stamatin; Casier, Doctor N. Ghitza; Bibliotecar, Dr. I. Petrescu; Membrii în comitet, Dr. D. Dobrescu şi Dr. D. I. Mucha.

Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţei

Se confirmă, definitiv în posturile pe cari le ocupă actualmente următorii medici pendinte de ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale şi ministerul Muncii şi anume:

D. dr. Livada Nicolae la circ. Aţintiş, jud. Turda.

D. dr. Flor Vasile la circ. Câmpuri, jud. Putna.

D. dr. Eugen Borisov la circ. Faraoni, jud. Cetatea Albă.

D. dr. Anastase Vasiliu la circ. Luncaviţa, jud. Tulcea.

D-na dr. Friptu Găină Ludmila, la circ. Tvardiţa, jud. Tighina.

D. dr. Leontin Ploşca la circ. Teliucul-Inferior, jud. Hunedoara.

D. dr. Baltazar Constantin se confirmă definitiv în postul de medic şef al Casei Asig. Sociale, Piteşti.

D. dr. Bronştein Raul, medic definitiv al spitalul cu circ. Făleşti din jud. Bălţi se transferă disciplinar, în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. Vlădiceni, jud. Ismail.

D-na dr. Ştiasny Paulina, medic definitiv al circ. Bârca, jud. Dolj, se transferă disciplinar, în aceiaşi calitate, în postul de medic al circ. Turbaţi, jud. Gorj.

D. dr. Teicu Ioan, medic definitiv al circ. Ciclova-Montană, jud. Caraş, se lasă în disponibilitate disciplinar din postul ce ocupă.

D. dr. Radu Moise, medic primar al secţiei medicale a spitalului «Pavel şi Ana Cristea» din Bacău», se pune în retragere din oficiu pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru limită de vârstă.

D-na dr. Estera Gheisman, medicul circ. Paris din jud. Cetatea-Albă, se pune în retragere din oficiu, pentru caz de boală.

D. dr. Mavrodin Dan, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic primar al secţiei de maternitate şi consultaţii prenatale la spitalul din Sighişoara.

D. dr. Istrăteanu Nicolae, fost medic de spital mixt cu concurs, se reprimeşte conform legii, definitiv în postul de medic al spitalului Obeden, din jud. Vlaşca.

D. dr. Dimitrie Constantin, fost medic definitiv de spital mixt prin concurs, se reprimeşte conform legii, definitiv în postul de medic al spitalului «Pulcheria Ghica» din Hârlău.

D. dr. Marin Popescu-Soreni, medic şef conducător al serviciului medical din ministerul de Interne, se înaintează în corpul tehnic al medicilor funcţionari, la gradul de medic principal.

D-na dr. Ana Hoisescu, medic definitiv al circ. Oancea, jud. Covurlui, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic şcolar la Serv. Sanitar al Municipiului Bucureşti.

D. dr. Miron Nicolai, actual medic stagiar al circ. Străoane, jud. Putna, împlinind stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D. dr. Achim Ioan, medic stagiar al circ. Acadânclar, jud. Durostor, împlinind stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

O manifestare ştiinţifică turco-română

Marţi 25 August la orele 11 dim. d. dr. Sevket Feridun Envresel, chirurg primar din Istanbul, a desvoltat o interesantă conferinţă în amfiteatrul spitului Colţea.

Conferenţiarul a fost prezentat de d. dr. Ion Jianu.

D. general dr. Marinescu, ministrul sănătăţii publice, scoate în relief meritele d-lui dr. Sevket Feridun, insistând asupra menirei corpului medical în consolidarea şi apărarea unei ţări, precum şi asupra necesităţei schimbului reciproc între intelectualii din diferitele ţări.

D. dr. Sevket Feridun Envresel mulţumeşte facultăţii de medicină şi d-lui decan Mezincescu şi consiliului pentru invitaţiunea cu care a fost onorat.

Deasemenea îşi exprimă recunoştinţa sa faţă de d. dr. Ion Jianu, a cărui activitate ştiinţifică o apreciază de multă vreme.

Socoteşte că elogiile ce i s'au adus se adresează nu atât persoanei sale cât iubitei sale patrii.

Conferenţiarul intrând în subiect, arată importanţa statistică asupra chirurgiei gastro-duodenale, cu rezultate din cele mai perfecte, având o mortalitate mică de 1 la sută.

D-sa arată indicaţiunile gastro-enterostomiei, pe care o socoteşte însă inferioară ca valoare faţă de rezecţia duodenopilorogastrică şi faţă de rezecţia excluzie, paliativă (Finsterer).

Insistă asupra tehnicei sale personale, graţie căreia a obţinut rezultate excelente. Termină spunând că ar fi fericit să fi putut aduce o cât de slabă lumină într'o problemă aşa de dificilă ca chirurgia stomacului.

Călătorie în America pentru medicii români

In numărul precedent al revistei, am anunţat intenţiunea de a organiza o călătorie la expoziţia universală din New-York.

In cazul că se vor înscrie, până la 15 Mai, 25 persoane, programul va fi următorul:

3 Iulie 13.20 pl. Bucureşti-Nord.

4 Iulie 20.54 sos. Berlin Friedr. Str. Transfer cu autocare.

22.10 pl. Berlin Lehrter Bhf.

0.14 sos. Hamburg Hbf. Incartiruire la Hotel «Fürst Bismarck» sau similar.

5 Iulie, dimineaţa: vizitarea oraşului cu autocare şi a portului cu vaporaşe sub conducerea unui ghid.

După amiază: la libera dispoziţie.

6 Iulie 8.30: pl. cu tren special.

10.00: sos. Cuxhaven. Imbarcarea pe transatlanticul «Deutschland» al Soc. «Hamburg America Linie».

12.00: pl. vaporului.

7 Iulie: In porturile *Southampton* şi *Cherbourg*. Privire asupra mişcărei animate din port. Scurtă escală.

8—13 Iulie: Traversarea oceanului. Sport şi distracţii pe bord. Vizitarea vaporului.

14 Iulie: Sosire New-York. Incartiruire la *«Hotel Wellington»*.

13 zile la New-York

In timpul acestor 13 zile se va vizita oraşul New-York şi împrejurimile cu autocar sub conducerea unui ghid, precum şi următoarele instituţii clinice şi spitale:

Medical Center incl. Medical Scool, Memorial Hospital pentru cercetarea şi tratarea cancerului, Rokefeler Institute of Medical Research, Columbia-University-presbiterian Hospital, Neurologic Institute, Childern's Hospital, Vanderbilt Clinic, Sloane Maternity Hospital, New-York City Departement of Health.

In cursul şederei la New-York se poate organiza o escursiune la cascada Niagara, plătindu-se deosebit circa 15—20 dolari de persoană.

27 Iulie: pl. New-York cu vaporul rapid «Hamburg» al Soc. «Hamburg America Linie».

28 Iulie—2 August: In largul oceanului. Odihnă şi reconfortare în soare şi briză. Sport, jocuri şi distracţii pe bord. Vizitarea vaporului sub conducerea unui inginer.

3 August: Scurtă escală în porturile *Cherbourg* şi *Southampton*.

4 August: sos. Hamburg, la amiază.

Continuarea călătoriei spre Bucureşti.

7 August: sos. la Bucureşti.

Costul călătoriei este de lei 51.500, în care se cuprind absolut toate cheltuelile dela Bucureşti la Bucureşti şi anume:

1. Bilet de vapor dus-întors în clasa turistică (fostă clasa 2-a) în cabine confortabile cu apă curgătoare caldă şi rece. Intreţinerea complectă pe vapor, cinci mese pe zi.

2. Hotel şi pensiune complectă la New-York, în hoteluri foarte bune, alese, toate camerele cu bae particulară. Trei mese pe zi.

3.. Toate taxele, impunerile, serviciul şi bacşişurile.

4. Transportul persoanelor şi bagajelor dela port la hotel şi înapoi, inclusiv hamalii.

5. Toate intrările în muzee şi alte locuri de vizitat.

6.. Vizitarea oraşului New-York cu autocar sub conducerea unui ghid special.

7. Două vizitări ale expoziţiei universale.

Nu sunt cuprinse în preţ:

1. Paşaportul.

2. Viza americană, care trebue făcută personal. Instrucţiuni referitoare la obţinerea vizei se vor da ulterior.

3. Bacşişul pe vapor.

4. Băuturile şi serviciile speciale.

Dat fiind că locurile pe vapor sunt foarte limitate, *este absolut* necesar ca înscrierile să se facă *imediat*, trimiţându-se în acelaş timp un aconto de lei 5000 de persoană. In caz de renunţare la voiaj, aconto-ul se restitue, anunţându-ne aceasta cu cel puţin *o lună* înainte de plecare, fără nici un fel de reţinere.

Curs de cancerologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti

«Laboratorul de Anatomie Patologică al Facultăţii de Medicină din Bucureşti, va ţine *Cursul liber de Cancerologie generală* dela 2 la 30 Mai a. c. inclusiv, în Amfiteatrul mare al Institutului «Dr. Victor Babeş»; în fiecare Marţi şi Vineri vor avea loc dela 17—18½ prelegeri cu proiecţii, iar dela 18½—20. demontraţii şi exerciţii practice.

Numărul locurilor fiind limitat, doritorii urmează a se înscrie (tel. 4.62.92).

Prelegeri şi proecţiuni

1. Marţi 2 Mai: Generalităţi. Patogenie.

2. Vineri 5 Mai: Fisiologia şi chimia patologică.

3. Marţi 9 Mai: Tumori epiteliale benigne.

4. Vineri 12 Mai: Tumori epiteliale maligne.

5. Marţi 16 Mai: Tumori conjonctive.

6. Vineri 19 Mai: Tumori conjonctive maligne şi hematopoetice.

7. Marţi 23 Mai: Cancer experimental.

8. Vineri 26 Mai: Cancerul ca maladie socială.

9. Marţi 30 Mai: Demografie. Profilaxie.

Lucrări practice

Marţi 2 Mai: Techmica şi interpretarea necropsiei.

Vineri 5 Mai: Examen de laborator.

Marţi 9 Mai: Microscopie.

Vineri 12 Mai: Microscopie.

Marţi 16 Mai: Microscopie.

Vineri 19 Mai: Microscopie.

Marţi 23 Mai: Producerea cancerului experimental.

Vineri 26 Mai: Culturi de ţesuturi.

Marţi 30 Mai: Demonstraţii radiologice.

BIBLIOGRAFII

Traité de thérapeutique clinique. par Paul Savy, professeur de clinique médicale a l'université de Lyon. 3 volume formând toate 2.776 pagini. Broşate 350 fr., cartonate în pânză 450 fr. *Masson & C-ie, éditeurs*, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris (VI-e).

Cu toate că a apărut într'un tiraj mare, Tratatul de Terapeutică a fost epuizat în şease luni. Acest succes mare, ar fi îndreptăţit poate retipărire fără modificări. Autorul însă şi-a revăzut lucrarea pagină cu pagină; a pus la punct unele capitole, a adăugat altele.

Fizionomia generală a acestui volum în prezent nu are nici-un echivalent şi nu ar putea fi mai bine evidenţiată ca în următoarea dare de seamă făcută de un mare periodic medical cu ocaziunea primei sale ediţiuni:

«Hulită de sceptici, înălţată la ceruri de încrezători, terapeutica rămâne scopul apropiat sau îndepărtat a oricărei opere de medicină. De aceia apariţia unui Tratat atât de important ca cel al. prof. Savy, reprezintă din punct de vedere practic un element considerabil. Cu cele trei volume ale sale de o structură foarte studiată şi fericit reuşite, autorul pune la dispoziţia practicianului o carte uşor de utilizat, foarte bogată cu conţinut care azi nu are echivalent în literatura medicală.

Mai întâi are un capitol asupra durerei, căreia îi arată toată terapeutica, apoi tratamentul celor trei flagele majore: sifilisul, cancerul, tuberculoza şi apoi terapeutica diferitelor aparate în ordinea clasică.

Ceia-ce face originalitatea şi înalta valoare a acestui Tratat, este modul în care este expus şi tratat. Nu este numai o simplă colecţie de prescripţiuni şi metode de cură. Pentru fiecare subiect cititorul găseşte, cu terapeutica ca centru şi obiect, o expunere a chestiunei bine pusă la punct, cu condiţiunile etiologice, patogenice, clinice, care face să înţeleagă uşor rostul indicaţiunilor terapeutice.

Uneori este dat şi câte un mic istoric al chestiunei, ca, de pildă, în tuberculoză, unde se vede evoluţiunea ideilor şi a principiilor asupra acestei maladii.

Acest fel de a înţelege un Tratat de terapeutică, îl face viu. Nu este numai lucrarea care se consultă pentru o speţă anumită; este o carte care se citeşte cu plăcere şi interes, putându-se uneori, în mod excepţional să nu fii de acord cu autorul.

Cine spune Tratat de terapeutică spune formular. Acesta se găseşte încorporat la lucrare, la fiecare capitol. Formulele reţinute sunt totdeauna simple redactate cu bun simţ şi de caracter practic.

Ceia-ce dă o valoare acestui Tratat şi îl situiază în epoca noastră la un loc foarte important este amploarea pe care o dă tratamentului chirurgical. In această privinţă medicul are de jucat un rol capital: el trebue să ştie să facă apel la chirurg şi la momentul oportun trebue să fie în măsură să discute cu el indicaţiunile puse.

Un organ esenţial în utilizarea unui atare tratat este tabla de materii. Aceasta, a fost stabilită cu multă grijă aşa că practicianul găseşte cu uşurinţă indicaţiunile bolilor, a procedeelor, tratamentelor, medicamentelor.

Nu ştiu dacă am reuşit să dau o fizionomie exactă a unui tratat atât de considerabil, care deşi a fost turnat în forme obicinuite, este totuşi original.

Original, este faptul că contrariul celorlalte tratate a fost lucrat de an singur om, care nu s'a dat înapoi în faţa unei munci atât de enorme.

Este original, de asemeni, întrucât prof. Savy l-a scris numai după roadele experienţei sale de 20 ani de practică spitalicească şi privată, pe care a complectat-o apoi cu documentarea necesară.

Este regula, terminând o recenzie, să se prezică volumului un mare succes. Nu voi trăda nici-un secret afirmând că succesul a sosit deja, aducând autorului o justă recompensă, pe care câteva luni dela apariţie i-au asigurat o pe deplin.

CHLORO-CALCION

Laboratoire Michels — 4 bis, rue du Colonel Moll, Paris.

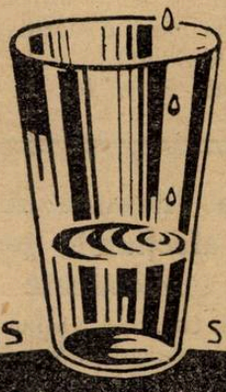
O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

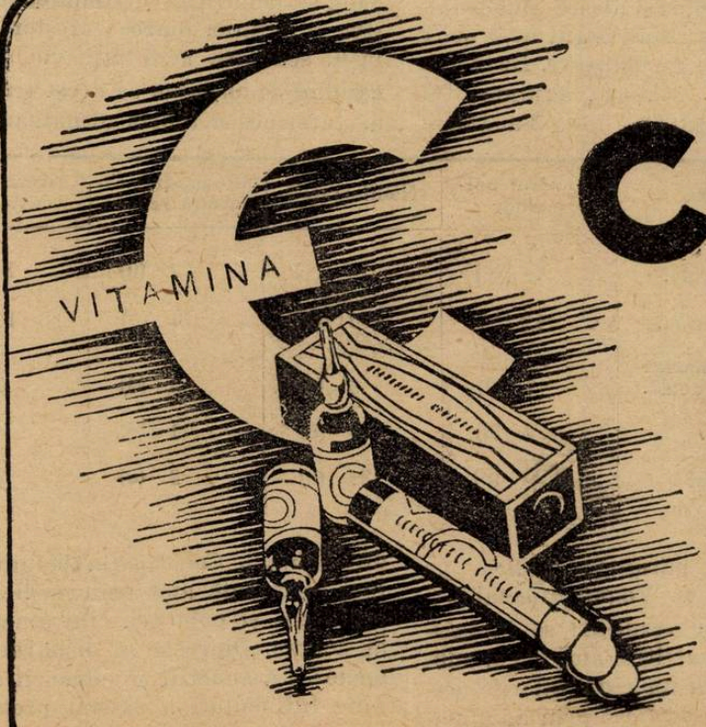
Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT ASSIMILABIL



LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.



Cebion
Merck

In hemoragii şi predispoziţii la hemoragii,
afecţiuni gastro-intestinale,
afecţiuni stomato-dentare,
în graviditate şi perioada alăptatului cât şi la sugarii hrăniţi artificial.

Cebion-tablete de 0,05 g.
Cebion-fiole de 0.05 şi 0,1 g.
Cebion „forte"-fiole de 0,5 g.
Cebion-pastă.

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentant: Dr. I. BINDER
Bucureşti I, Str. Th. Masaryk 32.

NOTIȚE TERAPEUTICE

Experiențele clinice cu Padutin - „Bayer"

de Dr. Eduard Popa, Iași.

Am lucrat pe un număr de 60 cazuri din care cele mai multe atât în spital cât și în practica civilă, bolnavi care prezentau simptome de hipertensiune arterială cu tot cortegiul simptomatic (cefalee-vertige) simptome datorite unei afecțiuni organice: rinichi-cord precum și cazuri de hipertensiune paroxistică depinzând de instabilitatea vago-simpatică și pe bază glandulară. La acest lot de bolnavi etatea a variat între 40—70 ani, tensiunea arterială fiind max. 28-30, min. 12-14. Am făcut toate analizele pentru a exclude în special luesul și pentru a vedea cauza acestor ipertensiuni. Odată ce s'a constatat cauza ipertensiunei, după ce s'a făcut tratamentul la adjuvant afecțiunii cauzale (rinichi-cord) s'a încercat și tratamentul cu Padutin în fiole a 1 cmc. și în picături, singur sau asociat cu Lacarnol picături.

Modul de administrare. Tratându-se cauza primară a afecțiunii s'a urmărit tratamentul numai cu Padutin pentru a se face o consolidare a cauzei primare (rinichi-cord). S'au făcut serii de 15 fiole a 1 cmc. pe cale intramusculară la interval de o zi, cu pauze de o săptămână, alternând cu Padutin în picături în doze de XXX gouttes pe zi. Săptămânal s'au făcut 5 fiole de Padutin după care s'a dat un flacon Padutin a 10 cmc. în total 30 cmc.

1. La un lot circa de 30 cazuri tratate, tensiunea arterială a scăzut dela 26-28 la 21-22. Aceasta chiar din prima serie de tratament. După o pauză de 3 săptămâni tratamentul a fost reluat în aceiași ordine, luându-se tensiunea arterială săptămânal. Tratamentul făcut numai cu injecții în a doua serie a scăzut la 17-18. După terminarea tratamentului cu injecții s'a controlat tensiunea la interval de o săptămână când s'a observat o ridicare a tensiunei. Atunci s'a complectat tratamentul cu Padutin în picături în aceleași doze ca și în prima serie. In urma acestui tratament *tensiunea a revenit în stabilitate care s'a menținut la 16-17 timp de 30-45 zile.* La toți acești bolnavi nu li s'a mai administrat nici un medicament în tot acest interval de timp. Când au fost din nou revăzuți nu mai prezentau nici un simptom clinic (vertige-cefalee) iar tensiunea se menținea ca înainte. Pentru a fi mai siguri, noi am completat tratamentul și cu Lacarnol în picături pentru a obține consolidarea continuă a sistemului vascular. Menționăm că acești bolnavi aveau etatea între 40—45 ani.

2. La al doilea lot de bolnavi în etate dela 60—70 ani, cu tensiunea arterială de 28-30, la un caz a trecut peste 35, nemaiputând fi înregistrată tensiunea la Vaquez-Laubry, în care caz tensiunea se datora unor afecțiuni organice cronice, s'a încercat deasemenea tratamentul cu Padutin. Menționăm că la toți acești bolnavi s'au făcut toate analizele și au fost ținuți sub observație tot timpul. Tratamentul a fost și este continuu în alternanță cu Padutin fiole și picături și Lacarnol picături.

După a doua serie de tratament toți bolnavii nu mai prezentau nici un simptom clinic menționat iar la doi din bolnavi cari au avut și oteragie tensiunea ajungând la 30, a scăzut la 23-24. După un tratament de 3—4 luni de zile continuu, tensiunea a scăzut la 19—20 și menține constant fără nici o tensiune de ridicare. Este interesant cazul amintit mai sus cu tensiunea peste 30 și care a scăzut la 18 și se menține constantă.

3. La al treilea lot de bolnavi în număr mai mic de 5—6 bolnavi care prezentau fenomene de ipertensiune paroxistică pe bază glandulară (tiroidă, suprarenală-ovar) pe lângă tratamentul glandular se observă scăderea tensiunei în mod brusc însă în mod instabil. După câteva zile tensiunea revenea la punctul inițial. Făcând tratamentul cu Padutin și Lacarnol ca și în loturile de mai sus tensiunea a revenit la normal, menținându-se constant. Adăugăm că la acești bolnavi ne-am ghidat în tratament de starea glandulară și susceptibilitatea sistemului nervos. După experiențele clinice efectuate constatăm că Padutin este un antispasmodic cu acțiune bruță și continuă, menține tensiunea fără a produce vre-o tulburare în administrare, fie de ordin subiectiv sau obiectiv. Deasemenea și Lacarnolul a ajutat ca să menținem rezultatele reale obținute prin Padutin. Rezultatele superioare preparatelor sintetice care scoboară tensiunea dar nu reușesc a o menține în stabilitate.

Efectele Vitaminei A (Vogan) în afecțiunile gastro-intestinale

H. J. Kluth, Clin. Med. Charité Berlin Arch. f. Verdauungskrht. 1938, Vol. 63, pag. 177

Din 1935 spitalul Charité din Berlin a tratat cu vitamina A (Vogan) 96 cazuri de afecțiuni gastro-intestinale și anume: gastrite anacide, subacide, normacide și hiperacide și în parte ulcere gastrite hiperacide și ulcere duodenale hiperacide. S'au administrat de 3 ori 2 drageuri înainte de mâncare. Doze mai mari n'au fost necesare. Tratamentul a durat uneori până în luna 3-a. Intreruperea prematură a medicațiunii cu Vogan a făcut să revină turburările vechi. Din toamna anului 1936, s'au administrat, din considerațiuni experimentale, pe lângă doze bucale, de 3 ori pe săptămână 2 — 3 cm. Vogan, intramuscular. Felul de viață și de alimentație nu s'a modificat în alte privințe; s'a renunțat la orice altă terapie. Efectul Voganului a fost admis, atunci când turburările subiective lipseau și când se modificau și simptomele obiective (încetarea diareei, creșterea greutății, scăderea acidității, etc.). Despre rezultatele obținute cu acest tratament, ne informează tabela următoare:

DIAGNOSTIC	Numărul bolnavilor	Neinfluențați	Influențați într'o măsură redusă	Ameliorări evidente
1. Gastrită anacidă.	44 (22)	4 (1)	2 (0)	38 (21)
2. Gastrită subacidă.	18 (14)	0 (0)	0 (0)	18 (14)
3. Gastrită normacidă resp. hiper - acidă.	7 (7)	5 (5)	2 (2)	0 (0)
4. Ulcer gastric.	2 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)
5. Ulcer duodenal	25 (8)	23 (8)	2 (0)	0 (0)

Numărul din paranteze indică pe bolnavii tratați cu Vogan injectabil.

Cele mai bune rezultate se înregistrează deci în gastritele anacide și subacide. In gastrita anacidă valorile acidității nu s'au modificat prin administrarea per os, în medicațiunea intramusculară valorile achilice ale acidității în subaciditâți s'au mărit aproape la 1/3 din pacienți. Ameliorarea greutății corporale s'a realizat la o parte din bolnavi. Constipația bolnavilor a fost înlăturată atât prin medicațiunea orală cât și prin cea intramusculară de Vogan. Diareele au dispărut deasemenea. La anacizii și subacizii cei mai bine influențați a existat probabil — judecând după hemeralopie — o carență de A, determinată de turburări de resorbție.

Domnii medici pot obține specimene și literatură asupra acestor preparate adresându-se la: «Romîn Gefa» S. A. R. Buc. I., Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.85

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Plantelor. 21

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 şi 1000 unităţi internaţionale.

Fiole de 100 şi 20.000 unităţi internaţionale, în soluţie apoasă.
Fiole de 1000, 10.000 şi 50.000 unităţi internaţionale, în soluţie uleioasă.

Fiola de 20.000 U — deşi în soluţie apoasă — se poate injecta numai intramuscular.

Hormonul antehipofizar gonadotrop

GLANDUANTIN

Fiole şi tablete, titrate pe unităţi.

Fiole de 100 unităţi

Tablete de 150 unităţi

Remediul sigur al durerilor de orice natură:

Veropyron

pulbere şi tablete

Anemii—Convalescenţe
Debilitate Tuberculoză

PANCRINOL

(Extracte de ficat — Splină
Rinichi — Supra renală).

Sirop: 2—3 linguri pe zi, cu puţină apă înaintea meselor.

Anemii—Convalescenţe
Oboseală — Astenie
Inapetenţă—Surmenaj nervos

PHOSPHO-PANCRINOL

Vin tonic conţinând Ficat—Splină
Rinichi — Suprarenală — Clorură de Manganez
Clorură de Magneziu şi Acid fosforic.

1 — 2 linguri de supă pe zi.

Eşantioane şi literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

Strada Toamnei No. 103, BUCUREŞTI III — Telefon 2.21.38.

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2, BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 10 — 10 Lei Exemplarul — 15 Mai 1939

BIBLIOTECA CENTRALĂ a „ASOCIAȚIUNII"

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ȘI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Str. Olari 15, București IV

COMITETUL DE REDACȚIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Brașcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaș E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărășanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Pașcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Șt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Țețu I., Țovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREȚUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenți: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administrația revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, București, IV
Telefon 239/43

NUMĂR DEDICAT LIGEI NAȚIONALE CONTRA TUBERCULOZEI

SUMARUL

Dr. I. COSTINESCU: *Liga Națională contra tuberculozei* 133

Dr. C. BIBICESCU: *Două metode noi de colapso-terapie chirurgicală* 134

Dr. TIBERIU CIPĂU și CONSTANTIN IONESCU: *Considerațiuni asupra unui caz de sindromul lui Löffler* 137

Dr. SEXTIL RUSU: *Tomografia ca metodă ajutătoare a radiologiei în tuberculoza pulmonară* 139

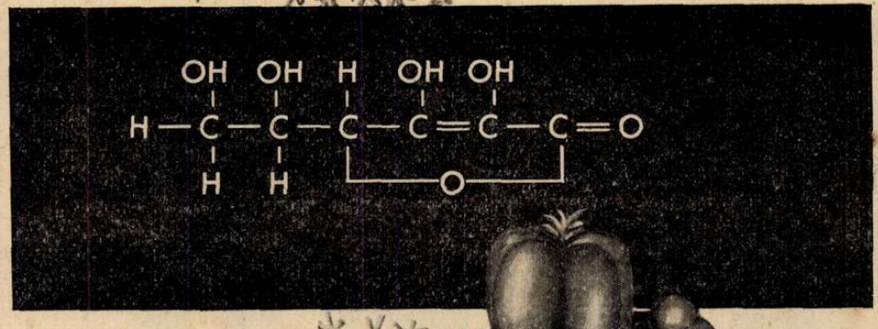
Dr. C. BIBICESCU: *Modul de funcționare, organizare și descrierea Sanatoriului Moroeni* 144

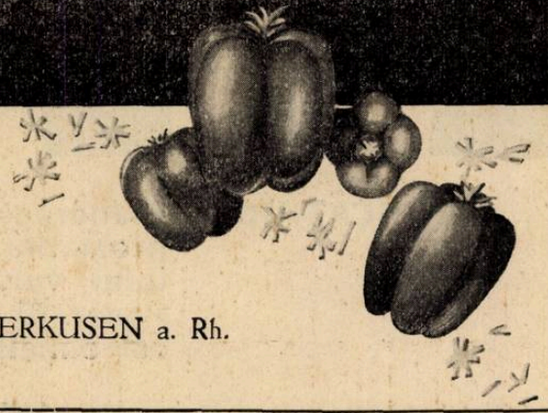
Cantan

Vitamina C »Bayer«

In toate bolile infecțioase,
hemoragii parenchimatoase,
hiperemeză gravidelor,
Paradentoze,
Oboseală primăvăratecă,
Hemofilie.

In cazuri grave: Cantan-»forte«





»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.86; Sucursala: CLUJ, Calea Moților No. 18, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR GONO- ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

INDICAŢIUNI: Blenoragii subacute şi cronice, anexite, epididimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panaraţii, flegmoane, furunculi, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.

Ambalaje: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

INDUSTRIA MEDICO-TECHNICA S. A.

DESFACEREA PRODUSELOR

SIEMENS-REINIGER-WERKE A. G.

BUCUREŞTI I, Str. Regală 20, Tel. 4.70.00

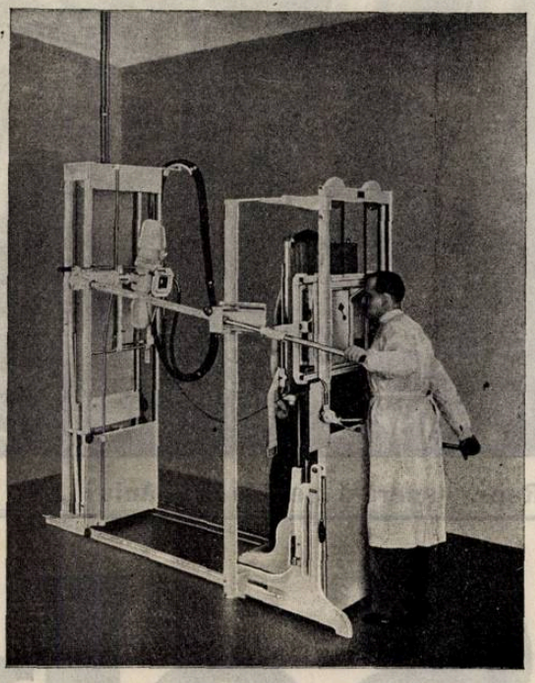
PLANIGRAF SIEMENS

Aparat special pentru stratigrafie, diagnoză pulmonară în secţiuni şi teleradiografii normale,

permite executarea radiografiilor stratigrafice selective după reperajul radioscopic.

Radiografii excelente — Economie de filme
Mobilitate perfectă — Manevrare uşoară

Prospecte şi oferte la cerere



INSTALAŢIUNI TRANSPORTABILE

MODEL DR. REDEKER ŞI DR. KETTERER

Pentru combaterea tuberculozei la ţară şi expediţiuni ştiinţifice.

Aparat de mare randament — Protecţia integrală — Radioscopii nelimitate.
Radiografii în orice poziţie — Grupuri electrogene practice.

3000 RADIOGRAFII PE ZI

Noul aparat special pentru radiografii pulmonare indirecte pe filme cinematografice normale

Metodă de diagnoză mai exactă şi mai economică decât prin radioscopii obişnuite

CEREŢI OFERTE.

Aparate şi accesorii pentru torococaustică, unde ultrascurte, pantostate, electrocardiografe, lămpi de cvarţ etc.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu, 32. Tel. 5.51.51

Selvoral

Sare de calciu a acidului glucohexitcitric.

Preparat de calciu

uşor solubil, fără gust, pentru calcioterapia pe cale bucală.

Selvoral-ul se resoarbe foarte repede şi în urma retenţiei sale favorabile asigură o acţiune durabilă.

Ambalaje originale: Cutii cu 50 şi 100 g.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREŞTI I, Str. Brezoianu 53. — Tel.: 3-9285 şi 3-9286.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18; Tel: 37-22

Anul XVII. No. 10 10 Lei Exemplarul 15 Mai 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Liga națională contra tuberculozei

de **Dr. I. COSTINESCU**

In această revistă a noastră, a medicilor, fiecare din noi, ne putem spune liber cuvântul, — și numai cel adevărat.

Cititorii acestei reviste nu sunt din marea masă naivă a necunoscătorilor de cele medicale, cărora li se poate afirma ori și ce, fără mijloc de control.

Colegii noștri cărora ne adresăm azi cunosc în mare parte cele ce afirmăm aci:

Numărul acesta al revistei, consacrat Sanatoriului nou dela Moroeni, *arată una din înfăptuirile* Ligei Naționale contra Tuberculozei.

Tuberculoza este boala cea mai răspândită astăzi. Echipele rurale organizate de Ligă, dotate cu cele necesare și cu instalații mobile de radiologie, au găsit la copii din sate peste 30—35% reacțiuni pozitive. După datele statistice oficiale mortalitatea de tuberculoză în România se urcă la 50.000 suflete anual. Cu siguranță că numărul celor bolnavi nu este cel ce s'a afirmat ci mult, mult mai mare.

In școli, echipele volante au descoperit 1% cazuri cu afecțiuni bacilare deschise, 5—8% sechele pulmonare, și copii deja tuberculizați (cu cutireacția pozitivă) în proporție de 40—80%.

Dar nu avem timp de pierdut, să ne certăm pe numărul de sute de mii de bolnavi, ce sunt împrăștiați pe întinsul țării.

Statistici am avut și avem destule și totuși de ani de zile rămăsesem cu 1700 paturi pentru tuberculoză, pe întreaga țară, pe când Italia pentru 30.000 morți anual, avea 40.000 paturi pentru tuberculoză.

Toți știu că pericolul cel mare este lăsarea tuberculosului deschis în mijlocul societății și alor lui. Condițiunile sociale și economice ale locuitorilor joacă un rol important în această boală, dar cauza directă, imediată, este transmiterea boalei dela cel bolnav la cel sănătos. Prin urmare primul comandament pentru noi trebue să fie: izolarea bolnavului, *cu tuberculoză deschisă, și al doilea:* împiedicarea bolnavului, *cu tuberculoză încă închisă, de a deveni contagios, — vindecarea lui.*

Pentru desăvârșirea acestor două comandamente s'a constituit Liga Națională contra tuberculozei acum 4 ani *— sub Președinția Suveranului țării.*

M. S. REGELE CAROL II
Președintele activ al Ligei Naționale contra tuberculozei

Am avut din partea M. S. Regelui tot sprijinul moral și material, aprobându-se pentru Ligă partea cea mai importantă din venitul Loteriei de Stat și alte venituri mai mici.

In total Liga are un buget de 160 milioane pentru o mortalitate de 50.000 de tuberculoși, pe când Italia are un buget de 4 miliarde pentru o mortalitate numai de 30000 tuberculoși anual.

Mai mult, în timpurile din urmă prin diferite legiuiri ni s'a mai redus venitul cu 8 milioane!

Cu toate aceste mijloace extrem de reduse, Liga a putut în 4 ani să ducă o acțiune constructivă. A construit pavilionul maritim la Mangalia *pentru 150 bolnavi de tuberculoză chirurgicală; a creat și construit frumosul* sanatoriu dela Bugaz, *care funcționează aproape de 2 ani cu 250 bolnavi și în curând va funcționa cu 400 bolnavi în condițiuni mult superioare sanatoriilor dela Berck și alte localități în străinătate. S'a clădit și mărit capacitatea* sanatoriului Bisericani *până la 550 bolnavi.* La Bârnova *prin noul și modernul pavilion inaugurat în vara aceasta s'a mărit capacitatea cu încă 150 paturi.* La Geoagiu, *a adăugat un etaj, mărindu-se capacitatea cu încă 100 paturi, a refăcut instalația de apă și alte multe lucrări. A refăcut pavilionul de tuberculoză* din Spitalul din Sibiu *și a clădit un pavilion nou de tuberculoză* la Spitalul din Făgăraș. La Erbiceni — *Iași — a refăcut localul în sanatoriu.* La Vorniceni *(Basarabia) pavilionul cel nou este gata pentru 150 bolnavi și se va deschide în luna August.* La Carmen Sylva *la Combaterea tuberculozei la copii prin contribuția largă a Ligei, s'a clădit și desvoltat instituția, putând primi până la 300 copii.* La Câmpeni *construcția nouă e gata și va putea ospitaliza în curând 140 bolnavi.* La Leagănul Sf-ta Ecaterina, *a construit un* serviciu pentru copii tuberculoși

La Toria *am construit un nou pavilion pentru 150 paturi, făcând la acest sanatoriu, cu o reputație foarte bună, și un local demn de reputația câștigată.*

In fine, ultimul, Liga a deschis și pus în funcțiune, de 6 luni sanatoriul dela Moroeni *jud. Dâmbovița situat în cea mai pitorească poziție, la 1000*

metri altitudine, pe Poiana Crucei, pe şoseaua Moroeni-Scropoasa. Astăzi sanatoriul are 400 bolnavi, putând mări acest număr. Las colaboratorilor noştri, medicii din sanatoriu, satisfacţia de a descrie în toate amănuntele acest sanatoriu, care mi-a cerut multă muncă dar mi-a dat şi o mare mulţumire sufletească.

S'a spus de unii că Liga a făcut o operă de lux.

Se ştie că pentru instituţiunile sanitare se socoteşte la construcţia complectă cel puţin 200.000 lei de pat. Pe Ligă o costă sub 150.000 de pat totul complect cu toate instalaţiunile cele mai moderne în funcţiune. In acest preţ intră şi fondaţiunile speciale, care au trebuit făcute fie în munte în căutarea terenului sigur fie în nisipul mării, unde s'au făcut plăci speciale în fundaţie.

In curând în anul acesta vom inaugura în Gorj sanatoriul *de la Dobriţa-Vălari — situat în regiunea vulturilor, pentru 350 paturi de bolnavi.*

Iar în iarna viitoare va fi gata şi sanatoriul din Marila, între Reşiţa şi Oraviţa privind din înălţime spre valea Dunărei, singurul sanatoriu din Banat, în afară de pavilionul de tuberculoză construit şi cu fondurile Ligei la Spitalul de contagioşi din Timişoara.

Toate aceste înfăptuiri au dus numărul paturilor pentru tuberculoză dela 1700 la aproape 7000 de paturi. Dar suntem încă departe de numărul paturilor, de care avem nevoe şi pe care eu le socotesc la 20.000.

Cel puţin 3000 de paturi se pot crea imediat pentru bolnavii cu leziuni prea înaintate pentru a beneficia de sanatorii. Se pot crea pe lângă spitalele judeţene, după cum am construit câteva (Sibiu, Făgăraş, Timişoara, Târgovişte), pavilioane speciale şi imediat s'ar putea utiliza o parte din pavilioanele de contagioşi; multe din cele noi au fost construite cu 4 secţiuni complect separate, astfel că în caz de lipsă de boli contagioase, s'ar putea întrebuinţa pentru tuberculoză deschisă, cea mai contagioasă boală.

Pentru tuberculoza nedeschisă, necontagioasă şi cu stare generală relativ bună, am creat o serie de dispensare speciale; dar măsura am cerut să fie întinsă la toate dispensarele Ministerului Sănătăţii. In acest scop am construit în calitate de Ministru al Sănătăţii, sute de dispensare noi cu locuinţa de medic şi băi. Dispensarul la sate trebue să fie polivalent. Acolo se va face depistarea tuberculozei şi urmărirea bolnavului, după cum tot acolo va fi centru de activitate pentru protecţiunea mamei şi copilului, după cum tot din această celulă sanitară va trebui dusă acţiunea de ridicarea sanitară a satului în toate direcţiunile.

Ne trebuesc medici mulţi, *unul la cel mult 6000 locuitori, bine plătiţi, bine consideraţi. Fiecare circumscripţie sanitară să-şi aibă dispensar complect, cu locuinţă de medic şi treptat infirmieră vizitatoare şi instalaţie de duşuri, pentru populaţiune. Cu timpul, cum în fiecare sat e o biserică şi şcoală, să fie şi dispensar; numai când vom ajunge aci, vom putea spune că ne-am făcut datoria — dar mai e şi situaţiunea socială şi economică; în aceasta, alte elemente pot avea o acţiune reală. Eu personal îmi pui speranţa în acţiunea începută de d. profesor Gusti şi cred că e bine ca cu toţii să îl ajutăm în greaua sarcină ce şi-a luat. Cum tuberculoza are o cauză şi în întunericul în care trăesc satele noastre, să cerem a fi şi noi ajutaţi în lupta noastră; nu vom fi niciodată prea mulţi. Numai din colaborarea tuturor putem aştepta să schimbăm starea actuală.*

Avem de o parte funcţionarii Statului, prin Ministerele Sănătăţii, Instrucţiunii, Interne, Organele Oficiului Social, şi de altă parte, acţiunea benevolă, onorifică a celor dela Ligă, care de mai bine de 30 ani duc lupta contra tuberculozei, cu o experienţă care cu nimic nu se poate înlocui. Din munca comună a tuturor şi punând mai mult suflet, mai multă pasiune în acţiunea noastră vom putea schimba o situaţiune ce nu mai poate dăinui!

Două metode noi de colapso-terapie chirurgicală

Pneumotoraxul extra-pleural şi operaţia lui Semb

de Dr. C. BIBICESCU
Medic Primar director al Sanat. Moroeni

Chirurgia pulmonară câştigă zilnic teren în terapeutica tuberculozei. Aceasta este o realitate, pe care străinătatea a confirmat-o de mult timp şi care dintr'un concurs de împrejurări nefavorabile la noi în ţară, nu s'a putut afirma decât foarte puţin în ultimii ani.

In Sanatoriul Moroeni, de curând deschis, ne-am hotărât dela început a completa această lipsă organizându-ne în mod satisfăcător, executând astăzi la noi toate metodele de colapsoterapie chirurgicală.

Toate operaţiunile la Sanatoriul nostru sunt făcute de d. dr. *C. Cărpinişanu,* medic primar chirurg din Braşov.

Subiectele de mai sus vor fi tratate în ansamblu evitând, a aduce detalii, scopul fiind de a face cunoscut Domnilor Medici nespecialişti în tuberculoză, câteva lucruri intrate în clinică de dată recentă.

Terapeutica tuberculozei pulmonare se bucură în prezent de două metode noui care se impun în fiecare zi cu mai multă vigoare, în domeniul chirurgiei pulmonare — Pneumotoraxul extra-plaural şi Pneumoliza extrafascială. (Semb).

Pneumotoraxul extra-pleural sau apicoliza extra-pleurală, constă în crearea unei pungi de aer de către chirurg, atunci când nu se poate executa un pneumotorax terapeutic obişnuit (care este intra-pleural) pleurele fiind simfizate.

Originile acestei operaţii sunt destul de îndepărtate, deoarece cu 58 de ani în urmă, *Tuffier* a avut genialitatea de a face în scop terapeutic, un pneumotorax extra-pleural, pe care noi azi îl numim metodă nouă de tratament!

Metoda sa nu a putut intra în practică, întrucât el nu insufla ulterior punga pneumolizei, astfel că după aerul se resorbea, pulmonul revenea la peretele toracic. Mult mai târziu a intră în practică metoda lui *Forlanini* (insuflaţiile intra-pleurale) care ar fi putut ajuta metoda lui *Tuffier.*

După cum este obişnuit, genialitatea franceză crează, iar spiritul practic şi analitic german pune în practică. In 1913 *Mayer* şi după războiu *Nissen* se gândesc, să facă operaţia lui Tuffier, urmată de insuflaţii cu aer. Astfel se încearcă pe mai mulţi bolnavi în clinica lui *Sauerbruch* această intervenţie care nu reuşeşte deloc, pentru singurul motiv, că lipsea indicaţia clinică, adică nu se ştia atunci, ce anume bolnavi pot beneficia de intervenţie.

Abea cu trei ani în urmă *Kremer, Graff,* şi *Schmitd* au reluat această problemă stabilind în mod absolut ştiinţific indicaţiile clinice punând la punct tehnica operatorie şi obţinând rezultatele strălucite.

Operaţia de pneumotorax extrapleural constă din liberarea pulmonului de fascia endotoracică (după ce prealabil s'a rezecat o coastă) în scopul de a crea o cavitate, care ulterior va fi întreţinută prin insuflaţiuni, sau complectată după nevoie de un oleotorax anti-simfizar şi compresiv. Indicaţiile trebuesc puse totdeauna de ftiziolog, după ce bolnavul a fost supus unui adevărat studiu. Ne interesează în deosebi capacitatea funcţională a plămânului, cordului, ficatului, rinichiului cu probele lor funcţionale,

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tusă

In afară de calmarea repede a centrului tusei, Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă); nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă. E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro dosi 1/4—1/2 din tabletele de 0,005 gr.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.,

Produse chimico-farmaceutice, BUCUREŞTI III. Str. Atena, 29.

AUROTERAPIA TUBERCULOZEI

pe cale intravenoasă

CRISALBINE

TIOSULFAT DUBLU DE AUR ŞI DE SODIU

(37 °/o aur metal)

FIOLE DOZATE LA :

0,02 gr. • 0,05 gr. • 0,10 gr. • 0,15 gr.

0,20 gr. • 0,25 gr. • 0,35 gr. • 0,50 gr.

DE PRODUS PUR CRISTALIZAT

pe cale intramuschiulară

sau sub-cutanată

MYOCHRYSINE

AUROTIOMALAT DE SODIU

(50 °/o aur metal)

SOLUŢII APOASE-SUSPENSII OLEOASE

PENTRU FIECARE PREZENTARE :

FIOLE DOZATE LA : 0,01 gr. • 0,05 gr.

0,10 gr. • 0,20 gr. • 0,30 gr. • 0,50 gr.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

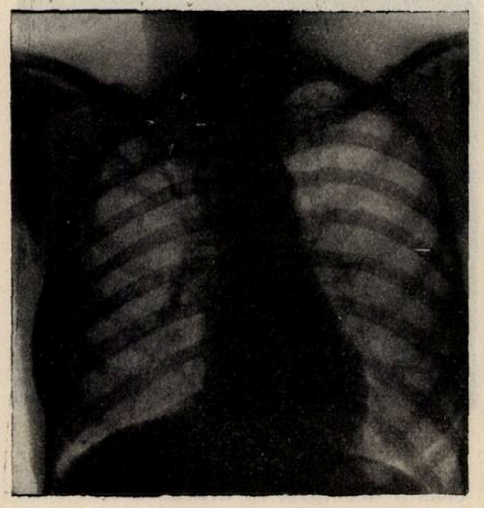
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

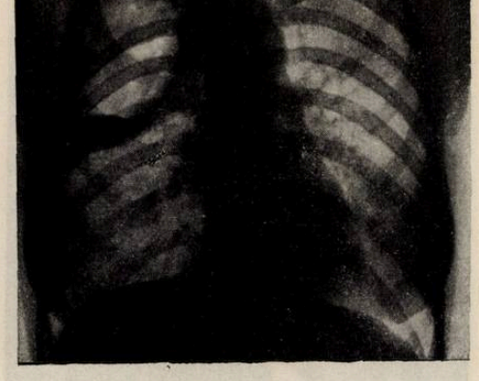
apoi tabloul sanguin şi consideraţiuni asupra evoluţiei maladiei şi stării generale.

După cât vedem, indicaţiunea şi selecţiunea cazurilor este o problemă foarte importantă care trebuie făcută cu toată atenţia. Indicaţia, operaţia în sine şi tratamentul post-operator, sunt trei răspunderi, toate la fel de egale şi de importante.



Obs. I. — Bolnava S. L. înainte de operaţie

Pneumotoraxul extra-pleural a intrat azi în mod curent în practica ftiziologiei în ţările din apus, la noi în ţară se poate totaliza numărul operaţiilor la 60—80, pe când în Germania într'un singur spital la *Rohrbach*, sunt până în prezent 500 de operaţi, iar în America sunt mii. Rezultatele imediate terapeutice ale pneumotoraxului



Obs. I. — Bolnava S. L. după operaţia de pneumotorax extra-pleural

extra-pleural sunt foarte bune, dar rezultatele îndepărtate nu se cunosc fiind vorba de o metodă nouă. Este sigur că concepţia pneumotoraxului extra-pleural este logică şi mai devreme sau mai târziu se va impune categoric.

In puţina practică ce o avem cu cele 28 de cazuri operate la noi în Sanatoriu, reese clar, că imediat ce a trecut perioada post-operatorie, bolnavii pierd bacilii din spută, nu mai tuşesc, nu mai expectorează şi câştigă în greutate.

Un asemenea tratament care poate aduce în scurt timp, atât de mari avantagii, trebuie urmărit şi indicat cu toată solicitudinea. Nu trebue însă să ne închipuim că, nu există şi eşecuri ca: simfizarea pungei, hemoragii, transformarea purulentă a lichidului sero-hematic, bilateralizarea leziunilor etc. In fond nu se cunosc tratamente active în tuberculoza pulmonară fără riscuri. Statisticile lui *Schmidt* pe 200 de operaţi arată o proporţie de 85% bolnavi foarte ameliorati.

Pentruca operaţia să reuşească şi să avem cât mai puţine eşecuri, trebuie să fie executată de un chirurg abil şi foarte versat în chirurgia pulmonară. Apoi tratamentul post-operator care este atât de important, încât poate schimba succesul intervenţiei, trebuie făcut de un medic priceput care să ia toate precauţiunile.

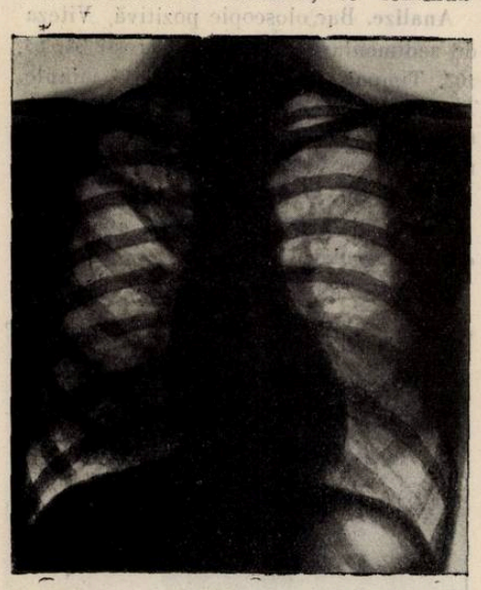
După aceste câteva noţiuni cu totul generale, voi da două observaţii, una cu un pneumotorax extra-pleural tipic ca indicaţie, execuţie operatorie şi mers post-operatoriu şi a doua observaţie cu un caz de pneumotorax extra-pleural şi intra pleural la acelaş plămân cu unirea celor două pungi.

Observaţia Nr. 1. Bolnava S. L. de 19 ani, intră în Sanatoriu la 15.I.1939 pentru tuberculoză ulcero-cavitară a lobului superior drept, bolnavă de 6 luni, tuşeşte şi expectorează spută bacciliferă. Complect apiretică. La 6.II.1939 se încearcă un pneumotorax terapeutic care nu se poate realiza din cauza simfizei pleurale. Se propune pentru pneumotorax extra-pleural.

Analize: Baciloscopie pozitivă, sedimentarea globulelor roşi, 37, 72, 105, timpul de coagulare 9 minute. Proba funcţională a ficatului (cu galactoză) urina de seară 3,70‰ de dimineaţă 7,35‰. Albumină, pigmenţi, zahăr, absente. Tuşeşte mult, expectorează 20 c. c. în 24 ore, proba spirometriei 3.200. A câştigat în greutate dela intrarea în Sanatoriu 800 gr.

Bolnava este operată pe ziua de 9.II. 1939, şocul operator neînsemnat. In seara operaţiei, temperatura 38° pulsul 110, bine bătut, se administrează 200 c. c. ser clorurat, oleu camforat, analgezină. A doua zi temperatura 38,2, fenomene de gastrită acută, pulsul 124, se administrează glucoză intravenos, oleu camforat, Bellafolină, calcium gluconat 20%. A treia zi, temperatura 37,2, pulsul 96, stare generală foarte bună, fenomenele de gastrită încetează, tuşeşte şi expectorează greu.

După 7 zile dela operaţie, bolnava este apiretică, are apetit, nu tuşeşte, nu expectorează. In tot timpul bolnava a fost controlată radiologic. S'a constatat după operaţie, creerea unei cavităţi interesând ½ din pulmonul drept, cu o reacţie lichidiană, ocupând jumătate din această cavitate. După zece zile, se punctionează lchidul, extrăgând 140 c. c. de aer. Ulhematic, se introduce 50 c. c. de aer. Ulterior lichidul se resoarbe, se continuă

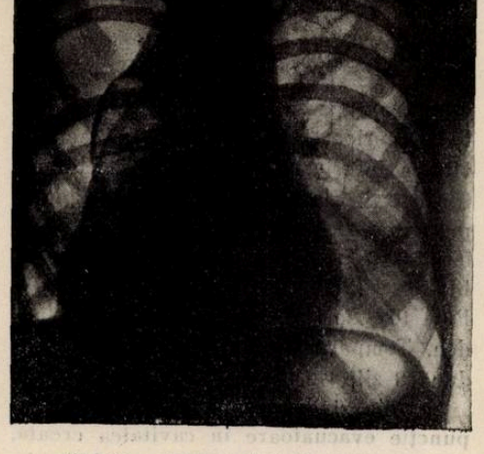


Obs. II.—Bolnava C. C. înainte de orice intervenţie

insuflaţiile 3—8 zile, introducându-se 50 —150 c. c. aer.

Analiza sputei, făcută la 15 zile după operaţie, este negativă.

Bolnava a pierdut în greutate, după operaţie, 1,300 kgr. şi a reînceput să câş-



Obs. II. — Bolnava C. C. după operaţie

tige, în săptămânile ce au urmat.

Observaţia Nr. 2. Bolnava C. C. de 25 de ani, casnică, intră în sanatoriu la 26.8. 1938, cu lobită superioară dreaptă excavată.

Imagine cavitară pe linia medioclaviculară.

Bolnacă de 5 luni. Tuşeşte şi expectorează puţin. Afebrilă.

Se institue un pneumotorace drept, care nu decolează însă până la vârf.

Limita superioară a decolării este la nivelul scizurei superioare.

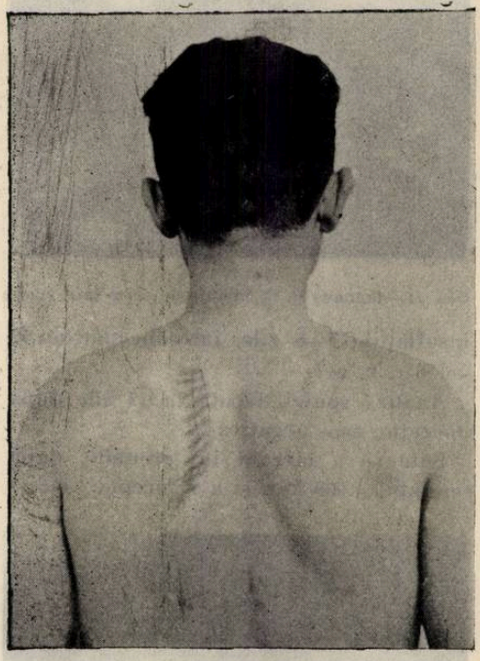
Zona corespunzătoare lobitei persistă să rămâie aderentă. Se propune pentru pneumotorace chirurgical extrapleural drept.

Analize. Bacteloscopie pozitivă. Viteza de sedimentare a globulelor roşii 31, 65, 107. Timpul de sângerare 2,55 minute. Timpul de cuagulare 9 minute. Capacitatea pulmonară 3300. Pigmenţi, albumină, zahăr, absente în urină.

Câştigă în greutate 1900 kgr.

Nimic deosebit din partea aparatului cardio-vascular.

Bolnava este operată în ziua de 16.11.



La acest bolnav s'au rezecat primele 4 coaste (Semb Diformarea este minimă

1938. Se face comunicaţia între cavitatea superioară creată chirurgical şi cavitatea inferioară a pneumotoracelui intrapleural. S'a făcut o cură de digitala preoperatorie timp de 3 zile. Bolnava a fost foarte puţin şocată după operaţie. Se hidratează şi se clorurează. Febra 38,2. Puls 100. Se fac tonice cardiace şi clauden. Temperatura îşi revine la normal după 8 zile.

A treia zi după intervenţie se face o puncţie evacuatoare în cavitatea creată, şi se extrag 400 cc. lichid serohematic. Cavitatea ocupă mai mult de jumătate din pulmonul drept. Ulterior bolnava prezintă, periodic ascensiuni febrile, cu junghiuri în hemitoracele drept. Se puncţionează şi se extrag 130 cc. lichid louche. După 2 luni dela operaţie bolnava prezintă încă, reacţie lichideană. Se puncţionează. Se extrag 400 cc. lichid, de data aceasta clar, sero-citrin. După intervenţie s'au făcut până în prezent de repetate ori examene de spută care au fost întotdeauna negative. Viteza de sedimentare în prezent: 15, 36, 85. Colapsul pulmonului foarte bun.

Stare generală bună, apetit bun, afebril. A pierdut după operaţie 2,300 kg. In prezent a câştigat în greutate. Nu mai prezintă reacţie lichidiană, continuă insuflaţiile.

Operaţia lui Semb

In 1935. *Semb* dela Oslo, publică o statistică asupra toraco-plastiilor limitate, aducând noutatea de a combina aceste toraco-plastii, cu apicoliza extra-fascială.

Imediat ce s'a cunoscut această metodă, s'a difuzat în toate ţările, într'un timp foarte scurt. *Nelson* în Anglia, *Overhold* în America şi *Mark Iselin* în Franţa sunt susţinătorii şi propagatorii operaţiei lui Semb. Entusiasmul chirurgilor a fost atât de mare, încât a proclamat această intervenţie ca cea mai bună şi logică dintre toraco-plastii, adăogând, că pe viitor nu se va mai putea concepe o toracoplastie, la care să nu se adauge modificarea adusă de *Semb*, adică apicoliza extra-fascială.

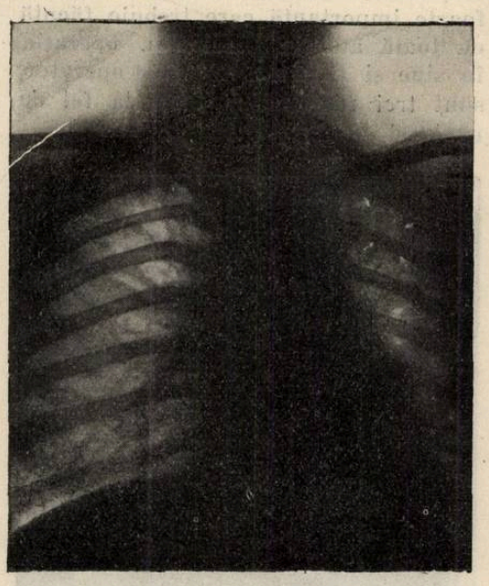
Intr'adevăr intervenţia sa este foarte seducătoare, fiind limitată şi având avantagiul de a colaba plămânul în toate axele sale, pentru acest motiv nu este nevoie să rezecăm un număr prea mare de coaste. Putem zice că este toraco-plastia care are cea mai mare şansă a nu schimba pentru mult timp tehnica operatorie. Este operaţia cea mai apreciată azi de chirurgi şi prin efectele sale bune de ftiziologi.

Prin numărul mic de coaste ce se rezecă, este o intervenţie puţin şocantă, ce se execută în majoritatea cazurilor într'un singur timp. Dacă în pneumotoraxul extra-pleural întreţinem colapsul pulmonului prin introduceri succesive de aer, în pneumoliza extrafascială, colapsul îl întreţine coastele rezecate prin îngustarea toracelui şi prin peretele fibros ce se va constitui după operaţie timp de 5—6 săptămâni şi în care timp pulmonul suferă modificările necesare de retracţie.

Diformaţia, după operaţia lui *Semb*, este minimă, uneori după rezecţia primelor patru coaste, nici nu se observă, mai ales când bolnavul are un ţesut celular subcutanat bine desvoltat.

Pentru toate aceste consideraţiuni, operaţia lui Semb, este toraco-plastia cea mai acceptată de pacienţi şi recomandată de ftiziologi şi chirurgi.

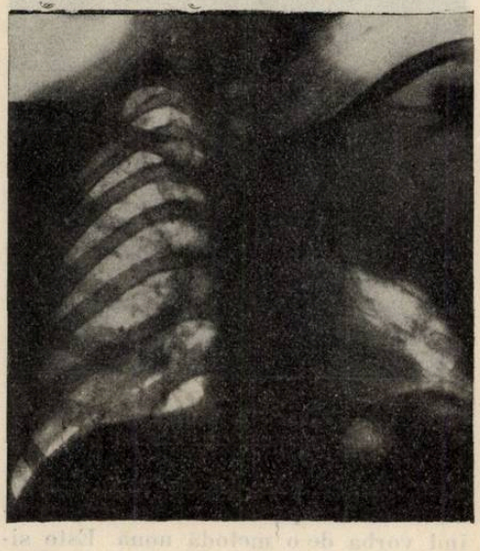
Un singur inconvenient există, intervenţia este foarte delicată, cerând o instrumentaţie specială, o abilitate deosebită şi un lung timp operator. Pe măsură ce se rezecă coastele se face deslipirea extra-fascială, cu secţionarea ligamentului suspensor al pulmonului şi cu decolarea până la hil, având ca urmare căderea lobului pulmonar în jos în sens vertical. A-



Obs. III. — Bolnavul C. S. înainte de operaţie

ceastă decolare, în afara fasciei endotoracice, este foarte delicată şi anevoioasă deoarece nu există un plan de clivaj, operatorul făcând o adevărată disecţie. La nivelul domului, apar astfel: plexul brahial, artera şi vena subclaviară.

Coastele odată rezecate, periostul se secţionează la cele două capete, lăsându-l în conexiune cu fascia endo-toracică, care urmează colapsul pulmonar Osificarea periostului se face în mod lent, astfel, că va da timp suficient să se exercite retracţiunea pulmonară. Mai târziu (5—6 săptămâni) osificarea periostului se va ţine ca un perete



Obs IV. — Bolnavul C. S. după operaţia Semb.

rigid, tendinţei de reexpansiune a pulmonului.

Indicaţiile operatorii în metoda lui Semb, sunt acele ale toraco-plastiilor în general sau a pneumotoraxului ex-

Pentru hemostază

MANETOL

In hemoragii ale traectului gastro-intestinal, hemoptizii, hemoragii renale, vezicale, etc. Ca profilactic înainte de operaţiuni şi pentru prevenirea hemoragiilor postoperative

Ambalaje originale

Cutii cu 5 fiole Manetol + 5 Fiole apă dist. steril.
Cutii cu 25 fiole Manetol fără apă dist. steril.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18. Tel. 3-722.

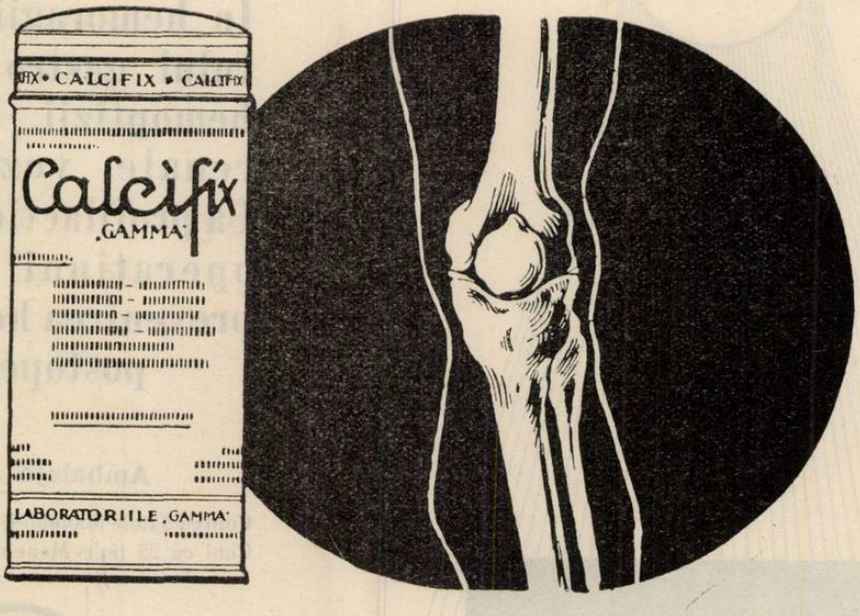
Tuberculoză pulmonară. Bronchopneumonie

ULMARA. FRICŢIUNE LICHIDĂ

Calcifix „GAMMA"

GRANULE

RECALCIFIANT ŞI TONIC



FORMULA :

—

Gluconatul
Lactatul } de calciu
Fosfatul
Nuclelnatul de mangan
Fosfatul de magneziu
Vitamina D

REMINERALIZANT
RECONSTITUENT
FORTIFIANT

—

POSOLOGIE: ADULŢI: 2—3 ori pe zi câte 2 linguriţe
COPII: 2—3 ori pe zi câte 1 linguriţă

REPREZENTANŢA GENERALĂ
PENTRU ROMÂNIA

SIF
S. A. R.

BUCUREŞTI IV. Str. Avram Iancu 32
Tel.: 5.51.51

tra-pleural, cu condiţiunea ca leziunile să fie mult mai vechi, 1—5 ani, perfect stabilizate şi fără tendinţe la evoluţie.

Primul motiv, pentru care punem indicaţia de operaţia lui Semb este, după cum se ştie, că toraco-plastia dau cel mai accentuat colaps din toate metodele cunoscute, prin permanenta colabare asupra pulmonului. După intervenţie se creiază în punga extra fasciala, un hidro sero hematic ca şi la pneumotoraxul extra-pleural, care cu timpul se resoarbe. În cele cinci cazuri operate la Sanatoriul nostru, la două s'a lăsat în loc un dren, care s'a scos după 24 ore, la celelalţi bolnavi s'a închis complect incizia la sfârşitul operaţiei. Nu am avut nici un inconvenient nici în primul, nici în al doilea caz.

Semb, împreună cu *Friedman Dahl*, publică rezultatele pe 105 cazuri operate, la care obţine 80%, pierderea bacililor din spută.

Cazurile noastre, sunt prea puţine pentru a vorbi de statistici, însă voim a arăta, interesul deosebit al acestei noui intervenţii, care după părerile chirurgilor, este o metodă ce se va generaliza în toate toraco-plastiile interesînd vârful pulmonar.

Urmează o observaţie, pentru a se vedea indicaţia, evoluţia operatorie şi rezultatul obţinut.

Observaţia III. Bolnavul C. S. e 35 ani, maestru textile, intră în sanatoriu la 2.II.1938, cu o tuberculoză ulcero-cavitară a lobului superior stâng. Leziuni de tip fibronodular, subclavicular drept.

Bolnav de 4 ani, cu debut prin gripă. Tuşeşte şi expoctorează puţin Afebril. Tentativă nereuşită de pneumotorace stâng în Martie 1936.

Cură sanatorială la Toria şi Oradia până în Octomvrie 1938.

In acest timp a avut 2 hemoptizii mari din care ultima la 19 şi 20.10.1938. Se propune pentru apicoliză extrafascială «Semb» stânga.

Analize: Baciloscopie pozitivă. Viteza de sedimentare a globulelor roşii, 17, 47, 91. Timpul de sângerare 2,15 minute. Timpul de cuagulare 8 minute. Diazoreacţia negativă. Albumină, zahăr, pigmenţi, absente în urină.

Proba spirometrică 3800. Curba greutăţii staţionară.

Nimic deosebit din partea aparatului cardiovascular.

Bolnavul este operat în ziua de 30.II. 1938. Se rezecă 4 coaste, total 27 cm. In prealabil, cură de digitală timp de 3 zile. Şocul operator mic. In seara operaţiei temperatura 37,2, puls 86, bine bătut, regulat. Este puţin dispneic. Se face oleu camforat şi se dă digitala. Se hidratează şi clorurează bolnavul cu ser clorurat isotonic şi ser glucozat 47%, subcutanat câte 500 gr.

A doua zi bolnavul face 38,3. Dela această dată temperatura scade în lizis până a 7-a zi, decând se menţine complet afebril până în prezent. Puls 84. Văzul la röntgen încă de a 2-a zi, prezintă un exudat în punga pneumolizei.

După 24 de zile dela operaţie, baciloscopie negativă. Până în prezent s'au făcut de repetate ori eramene de spută şi toate au fost negative.

Bolnavul nu mai tuşeşte, nu mai expectorează, are un apetit şi o stare generală excelentă. Colapsul este perfect, exudatul complect rezorbit.

In urma intervenţiei, bolnavul nu a rămas cu deformarea umărului şi nici cu asimetrie evidentă a toracelui.

După operaţie câştigă în greutate 4 kgr.

Consideraţiuni asupra unui caz de sindromul lui Löffler

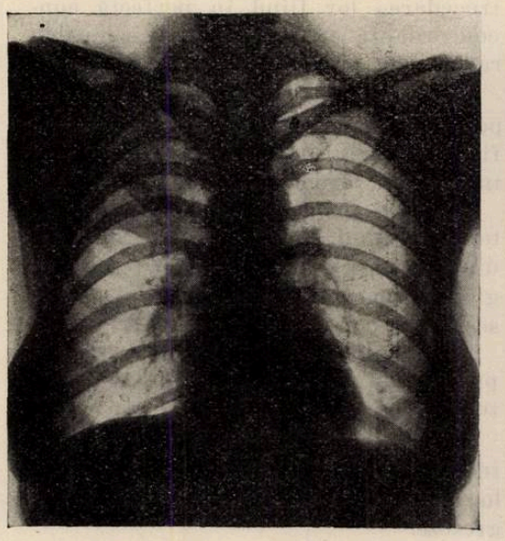
de Dr. TIBERIU CIPĂU
Medic Secundar la Sanat. Tbc. Moroeni

şi

CONSTANTIN IONESCU
Intern al Eforiei Spit. Civile

In ultimii ani, în literatura medicală străină, au apărut o serie de lucrări asupra unei afecţiuni caracterizate prin apariţia unor umbre pulmonare fugace, decelabile radioscopic, însoţite de eozinofilie sanguină şi o simptomatologie redusă, cunoscută sub numele de sindromul lui *Löffler*.

Intâmplarea a făcut să ne găsim în faţa unui asemenea caz, a cărui observaţiune clinică o dăm mai jos:



Radiografia No. I. F. R. 6.II.939.

Este vorba de D-na F. R. în vârstă de 37 ani de profesie soră de caritate.

In antecedentele personale găsim: rugeolă în copilărie şi în ultimii 4 ani migrene repetate. Menstre regulate. Nu a suferit niciodată de vreo afecţiune pulmonară.

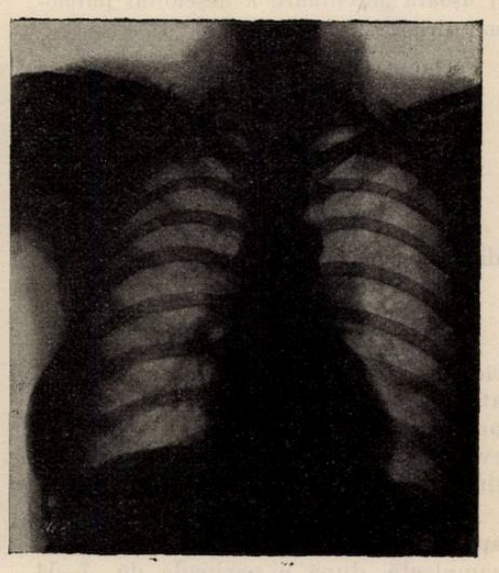
Debutul afecţiunei actuale, în ziua de 6 Februarie 1939, cu cefalee intensă, junghiu la baza hemitoracelui stâng, dispnee uşoară, tuse cu puţină expectoraţie banală şi o stare astenică, simptome ce o determină să ne consulte.

Examen clinic:

Pulmonar: vibraţiile vocale accentuate în regiunea supraspinoasă dreaptă. Submatitate în 1/3 superioară a pulmonului drept. Auscultatoriu nici o modificare respiratorie în pulmonul stâng. In câmpul pulmonar drept: respiraţie cu caracter uşor suflant şi raluri subcrepitante fine, puţin numeroase, în 1/3 superioară.

Aparatul circulator, digestiv renal, şi sistemul nervos nu prezentau nimic deosebit.

Radioscopie pulmonară: voalare omogenă a lobului superior drept, cu o zonă



Radiografia No. II. F. R. 11.II.939.

mai opacă spre centru.

Numărătoarea leucocitelor, ne dă 11200 pe mmc. repartizate astfel la sută:

Limfocite.	31%
Monocite.	12%
Polinucleare neutrofile. . . .	53%
Polinucleare eozinofile . . .	4%

7 Februarie 1939. Stare generală bună, afebrilă tusea şi expectoraţia diminuate, junghiul şi dispneea deasemeni. Pulsul 72 pe minut, ritmic, bine bătut. La examenul clinic, deosebirea dintre constatările din ziua precedentă şi cele de acum izbitoare; se mai percep câteva raluri subcrepitante fine la nivelul celui de al II-lea spaţiu intercostal drept, ante-

rior. La controlul radioscopic voalarea pulmonară mai puţin manifestă. Formula leucocitară ne dă:

Limfocite. 28%
Monocite. 11%
Polinucleare neutrofile. 55%
Polinucleare eozinofile 5%
Polinucleare bazofile. 1%

9 Februarie 1939. Starea generală se menţine bună, temperatura la ora 5 pm. 37,2 grade, puls şi respiraţie normale.

La examenul clinic nu mai constatăm decât o uşoară înăsprire a respiraţiei. Umbra radioscopică aproape complect ştearsă.

Formula leucocitară:

Limfocite. 28%
Monocite. 7%
Polinucleare neutrofile 55%
Polinucleare eozinofile 8%
Polinucleare bazofile. 1%

11 Februarie 1939. Prin examenul clinic şi radioscopic nu mai constatăm nici o modificare patologică asupra pulmonilor.

Pe o nouă radiografie se vede doar o uşoară accentuare a desenului pulmonar drept.

Formula leucocitară:
Limfocite. 25%
Monocite. 9%
Polinucleare neutrofile. 56%
Polinucleare eozinofile. 10%

Din observaţia de mai sus stabilim diagnosticul de sindrom al lui Löffler.

* * *

Pentru prima oară *Löffler* din Zürich bazat pe cercetările lui *Bickel*, atrage atenţiunea asupra infiltratelor pulmonare a căror simptomatologie şi evoluţie, nu intră în cadrul infiltraţiunilor obişnuite.

Este vorba de umbre radiologice cu apariţie bruscă urmată de o ştergere complectă, după o perioadă de 7—14 zile.

Eozinofilia sanguină, mai mult sau mai puţin ridicată este prezentă în tot decursul boalei, crescând uşor proporţional cu ştergerea umbrei radiologice şi atingând maximum la totala dispariţie a semnelor radiologice.

Eozinofilia este totdeauna prezentă ajungând după unii autorii până la 66%. Se observă şi o uşoară creştere a leucocitelor.

In cazul nostru am găsit 11200 leucocite pe mmc. cu eozinofilie de 4% în prima zi, 5% în a doua zi, 8% în a patra zi, şi 10% în a şasea zi de boală.

Semnele subiective sunt foarte reduse. De cele mai multe ori întâmplarea face să se poată pune un diagnostic precis.

Diverşi autori citează la cazurile observate de ei, o uşoară stare de astenie şi o tuse de iritaţie cu mici dureri toracice.

Ca semne obiective citează: înăsprirea respiraţiei, mici frecături pleurale, rareori câteva raluri umede şi uşoară creştere a temperaturei putând ajunge excepţional până la 39 grade.

Cazul observat de noi prezenta o stare de astenie, cefalee intensă, dispnee puţin pronunţată şi junghiu puternic la baza hemitoracelui opus.

Deosebirea dintre simptomatologia descrisă de ceilalţi autori şi cazul nostru, consistă în faptul că bolnava a prezentat la începutul boalei dispnee şi junghiu. Temperatura a trecut într'o singură zi (a patra) peste normal cu 2 diviziuni.

Simptomatologia clinică a cazului nostru a fost ceva mai bogată decât aceia pe care o cunoaştem din lucrările anterioare.

Am găsit freamătul pectoral mărit, cu submatitate la nivelul infiltratului. Auscultatoriu, respiraţie cu caracter suflant şi câteva raluri subcrepitante strict localizate pe regiunea corespunzătoare infiltratului radiologic

Disproporţia semnelor clinice de la o zi la alta a fost surprinzătoare, retrocedarea lor fiind în perfectă concordanţă cu retrocedarea semnelor radiologice.

A doua zi de boală se mai puteau percepe abea câteva subcrepitaţiuni fine la nivelul celui de al 2-lea spaţiu intercostal, drept, anterior.

In ceace priveşte diagnosticul acestei afecţiuni, datorită disproporţiei dintre semnele clinice şi cele radiologice, putem susţine că medicul se găseşte într'o grea încurcătură.

Primul nostru gând a fost pentru o pneumonie ambulatorie sau o lobită tuberculoasă.

Am eliminat pneumonia, deoarece încă de a doua zi semnele clinice în loc să se accentuaze, au început să regreseze.

La examenul expectoraţiei nu am găsit pneumococi. Starea generală era prea bună ca să fi putut admite o pneumonie.

Deasemenea contra unui diagnostic de pneumonie, pleda şi faptul că eozinofilia era crescută, în acea boală eozinofilia fiind scăzută sau foarte rare ori normală.

O lobită tbc., tip *Bernard*, are în majoritatea cazurilor (90% după *Lambert)* o localizare în lobul superior drept, fapt care coincide cu localizarea strictă a infiltratului observat la cazul nostru.

Debutul în lobită este lent, insidios şi progresiv, cu tuse uşoară, expectoraţie modernă, miastenie şi febră mai mult sau mai puţin ridicată, contrariu cu simptomatologia foarte redusă pe care am găsit-o la bolnava noastră. Simptomatologia clinică în lobitele bacilare este mult mai bogată decât aceia a cazului nostru. Umbra radiologică perfect delimitată şi omogenă, de densitate mai mare.

Dar baza diagnosticului diferenţial, constă în aspectul morfologic al expectoraţiei şi mai ales baciloscopia pozitivă, cea ce noi nu am găsit la repetate examene direct pe lamă şi prin homogeneizare.

Contra unei lobite, mai pledează şi faptul că ştergerea imaginei radioscopice s'a făcut în decurs de 6 zile, lobitele având un caracter trenant.

Observaţia făcută de noi nu ne permite o concluzie oarecare asupra etiologiei sindromului lui *Löffler*, nici măcar să fim partizani ai uneia sau alteia dintre diversele ipoteze puse în legătură cu acest sindrom.

Majoritatea autorilor şi-au îndreptat atenţia asupra eozinofiliei şi posibilitatea unei afecţiuni parazitare sau anafilactice. Astfel a fost încriminată ascaridoza *(Wild)* deşi ouăle de ascarizi au fost întâlnite foarte rar în materiile fecale, iar migraţia larvelor în parenchimul pulmonar, după constatările lui *Könin*, determină pneumonii cu reacţii febrile intense, simptomatologie foarte accentuată, manifestaţiuni neîntâlnite în sindromul lui *Löffler*.

Engel crede că este vorba de fenomene anafilactice datorite polenului diferitelor flori, dar rezultatele observaţiilor altor autori ca şi cazul nostru, nu coincide cu perioada de înflorire

S'a invocat deasemeni atelectasia ca factor etiologic al acestor imagini pulmonare. Nu se întâlnesc însă niciodată în sindromul lui *Löffler*, nici retracţii, nici imobilitatea diafragmului, nici deplasarea mediastinului; apoi în atelectasie tabloul sanguin în cea ce priveşte eozinofilele, nu este modificat. Dar atelectasia este o leziune anatomică şi nu o maladie autonomă.

Löffler, Bickel şi Cardis caută să explice acest sindrom ca un puseu flucsionar fugace, o epi-tuberculoză.

Asemănările radiologice, l-au făcut pe *Löffler* să se gândească la o formă particulară de frühinfiltrat cu evoluţie excepţional de favorabilă. Infiltraţia ar constitui reacţia ţesutului pulmonar la un allergen, ţesutul pulmonar găsindu-se într'o, situaţie allergică favorabilă, iar eozinofilia sanguină nu ar fi decât prelungirea eozinofiliei tissulare. Toxina tuberculoasă ar fi allergenul în cauză, neexcluzând însă nici alţi factori.

Acţiunea tuberculozei este îndoielnică. Reacţiile la tuberculină nu sunt totdeauna pozitive. *Löffler* pe 51 de cazuri găseşte 13 cuti şi intradermo-

Hybridin „Henning"

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

Toate afecțiunile inflamatorii ale plămânilor și bronchiilor. (Gripă, Pneumonie, Bronchectasie, etc.).

Fluidifică secrețiile.—Ușurează expectorația.

Fiole 1 cc. și 2 cc. intramuscular

Codex S. A. R., Cal. Șerban-Vodă 41, București

LIPAUROL

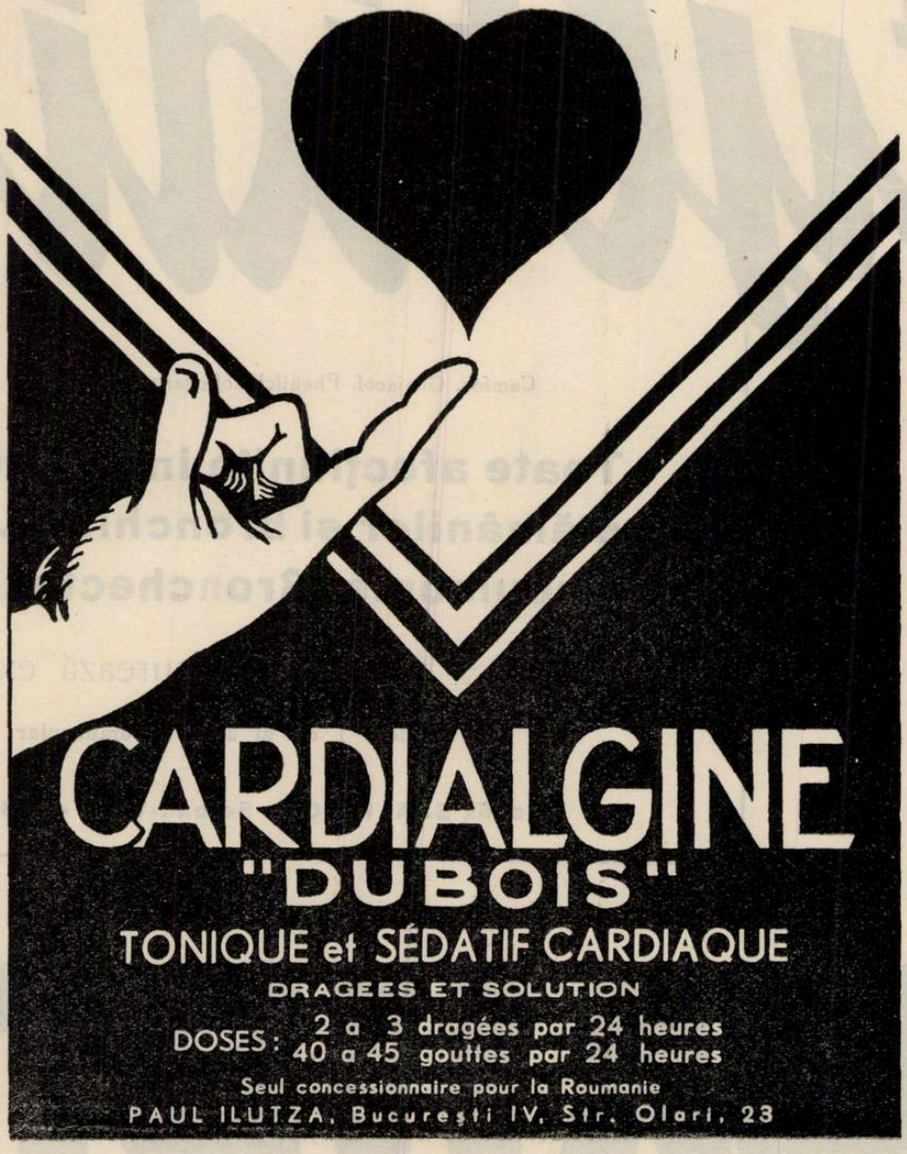
Auroterapie intramusculară prin singura sare de aur liposolubilă.

Fiole 1 și 2 cc.
1 cc. = 3 ctgr. aur metal.

Absorbție lentă, regulată și completă. 2—3 injecțiuni săptămânal.

Cutii cu 3, 6 și 12 Fiole

Codex S. A. R., Cal. Șerban Vodă 41, București.



CARDIALGINE
"DUBOIS"

TONIQUE et SÉDATIF CARDIAQUE

DRAGEES ET SOLUTION

DOSES : 2 a 3 dragées par 24 heures
40 a 45 gouttes par 24 heures

Seul concessionnaire pour la Roumanie
PAUL ILUTZA, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie : Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

reacţii negative. *Wild* pe 14 copii găseşte 12 reacţii la tuberculină negative.

După *Wernli* şi *Haesig* există o legătură între infiltratele lui *Löffler* şi tuberculoză, observând la un caz al lor evoluţia unei tuberculoze după un sindrom Löffler.

Leitner şi *Oeri*, notează la tuberculoşi sub denumirea de infiltrate hiperergice, umbre asemănătoare celor descrise de *Löffler*, în cazuri destul de frequente.

Wieland nu admite nici o legătură între tuberculoză şi infiltratele *Löffler* la copii, deoarece găseşte în cele mai multe dintre cazurile observate cuti-reacţia negativă.

Faptul că observaţiile pe care le-a avut prezentau o recrudescenţă în lunile Iulie şi August, îl face să se întrebe dacă nu ar fi datorite influenţei razelor solare asupra organismului reprezentând un stadiu congestiv datorit expunerii prelungite la soare.

Din discuţiile diverşilor autori asupra sindromului lui *Löffler*, nu se poate trage nici o concluzie exactă asupra factorului determinant al maladiei. Că este în legătură cu tuberculoza sau diverse stări anafilactice, este o chestiune pe care ştiinţa într'un viitor mai mult sau mai puţin apropiat, va reuşi desigur să o dovedească.

Credem însă, că expunerea făcută de noi are o deosebită imporanţă pentru medicul practician, ajutându-l la stabilirea unui diagnostic precis în cazuri asemănătoare.

Medicul în faţa unui infiltrat pulmonar pe care îl descoperă radiologic şi care constrastează cu starea generală bună, înainte de a pune un diagnostic de tuberculoză, este bine să se gândească la posibilitatea unui sindrom Löffler pentru a exclude o eroare gravă.

Consecinţele unei astfel de erori sunt destul de neplăcute pentru medic, dar mai ales pentru pacient, căruia i s'ar putea institui un tratament dacă nu prejudicios cel puţin inutil transformându-l aparent într'un bolnav grav, pe când în realitate maladia sa este foarte benignă.

BIBLIOGRAFIE

F. Cardis, A. Gillard et H. Spriet A propos du syndrome de Löffler (Revue de la Tuberculose Nr. 7 1937 Juillet).

René Cohen: Le syndrome de Löffler (Presse Médicale Nr. 40 18 Mai 1938).

Delbecq, Garnier et Depasse Un cas de syndrome Löffler (Revue de la tuberculose Nr. 1 Janvier 1939).

Ch. Gernez-Rieux A propos d'infiltrats pulmonaires fugaces observés au cours d'un asthme infantile (Revue de la Tuberculose Nr. 1 Janvier 1939).

Tomografia ca metodă ajutătoare a radiologiei în tuberculoza pulmonară

de **Dr. SEXTIL RUSU**
Medic Secundar

Aportul pe care radiologia îl aduce medicinei este cunoscut. In deosebi ftiziologia nu mai poate fi concepută la ora actuală fără radiologie. Radioscopia şi radiografia clasică sunt mijloacele curente la îndemâna medicului practician, pentru stabilirea diagnosticului, prognosticului, fixarea tratamentului şi verificarea rezultatelor. Radioscopia şi radiografia nu corespund însă în toate cazurile. Este adevărat că clişeele bune descopăr umbre nezărite la radioscopie, însă cele mai bune filme lasă totuşi nezărite multe leziuni pulmonare. Uneori anomaliile ocult sunt mici, alteori ele sunt aşa de mari încât suntem uimiţi că nu le vedem.

Obs. I. a.

Invizibilitatea anumitor leziuni în radiografia clasică ţine la densitatea şi compoziţia lor atomică, la corectarea claritătilor anormale prin opacităţi suprapuse, la slăbirea contrastelor între leziuni şi ţesuturile învecinate, la pierderea contrastelor prin creşterea grosimei şi densităţii regiunii radiografiate.

Dacă adăugăm invizibilitatea sinusurilor, a hilurilor şi carrefourului bicosto-clavicular, insuficienţa radiografiei clasice devine evidentă de multe ori în diagnosticarea maladiilor pulmonare.

Toate obstacolele amintite mai sus sunt trecute astăzi cu ajutorul Tomografiei, care ne permite analizarea celor mai complexe imagini. Sub numele de Tomografie designăm toate metodele de examen prin secţiuni radiologice succesive. In Tomografie, graţie deplasării sincrone a ampulei radiogene şi filmului, se obţine o imagine netă a planului de secţiune, căci diversele lui elemente se proectează tot timpul deplasării în acelaş punct.

Sinonime Tomografiei sunt: Radiotomia, Planigrafia, Stratigrafia, după diverşile ţări în care s'a experimentat şi pus la punct această metodă. Cel mai uzitat e termenul de tomografie pe care îl vom repeta şi noi foarte des în cursul acestui articol.

Sub numele de Tomograf înţelegem toate aparatele proprii să facă secţiuni radiografice, graţie deplasării continue a umbrelor în timpul pozei.

Ca omagiu pentru cei a căror ideie genială şi muncă excepţională a dus la realizarea Tomografului fac un

Obs. I. b.

scurt istoric al acestei metode analitice.

1. *Dr. Carol Mayer*, în 1916, pentru un mai bun diagnostic diferenţial al maladiilor cordului şi aortei, are ideia ştergerei umbrelor parazite depe filmele obişnuite printr'o metodă foarte simplă: mobilizarea ampulei radiogene.

2. *Baese*, realizează pe acelaş principiu un radiostereometru pentru localizarea proectilelor.

3. *Bocage* este acel care a fixat principiul teoretic general al metodelor întrebuinţate azi.

Principiul teoretic: dacă în timpul pozei radiografice se imprimă tubului radiogen şi filmului mişcări sincrone paralele, de sens invers şi într'un raport de mărimi constant, există în spaţiu un singur plan fix ale cărui puncte au tot timpul un acelaş loc de proecţiune pe film. Punctele situate

în alte planuri sufăr deplasări considerabile în raport cu tubul şi filmul şi nu dau decât umbre difuze şi atenuate.

Acesta este principiul teoretic ge-

Obs. II. a.

neral formulat de Bocage în 1921. Realizarea practică apare abea în 1930 şi este datorită lui Vallebona din Genova. Modificări şi perfecţiuni ulteri-

Obs. II. b.

oare au fost aduse de Bistolfi şi Bozzetti.

Când voim să analizăm un pulmon, trebue să facem tomografii în serii la adâncimi succesive. Grosimea medie a toracelui este de cca. 16 cm. Un număr de 3—4 filme, arareori mai multe, sunt suficiente pentru a ne da succesul urmărit, mai ales dacă în prealabil printr'o radioscopie tomografică am localizat teritoriul de explorat şi adâncimea aproximativă la care este situat obiectivul cercetărilor noastre. Clişeul astfel imprimat se developează la fel ca ori ce clişeu. In acest fel obţinem tomografia.

Ce rezultate practice ne oferă aceste clişee?

1. Asupra toracelui ne permite observarea modului de calcifiere a cartilagiilor costale, a manubriului sternal, sternului, a articulaţiilor sternoclaviculare şi condrosternale.

2. Hilul. Secţiunile radiografice în hil şi vecinătăţile sale sunt extrem de instructive. Se studiază bifurcaţia traheo-bronşică şi se urmăresc comod ramificaţiile bronşice până în pulmoni. Imaginile marilor vase sunt de claritate remarcabilă, comparabile celor obţinute prin arteriografie pulmonară. Reticulul pulmonar şi orientările lui apar cu mare precizie.

3. *Pulmonul patologic tuberculos.*

Aplicaţiunile tomografiei în patologia pulmonului tuberculos o subdividem în trei capitole:

I. Indicaţiile tomografiei.

II. Rezultatele tomografiei în diverse forme anatomice a tuberculozei pulmonare.

III. Aportul acestei metode în colapsoterapia medicală şi chirurgicală.

* * *

I. Indicaţiile tomografiei: a) de ordin anatomic; b) de ordin patologic

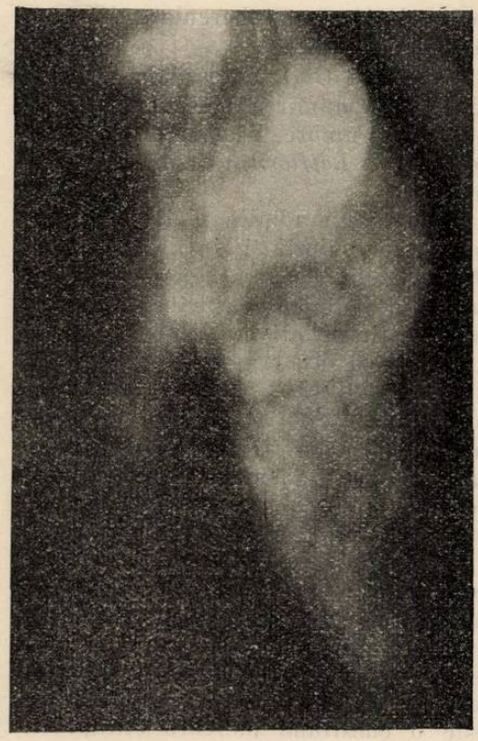
I. Indicaţiile tomografiei: a) de ordin anatomic b) de ordin patologic.

a) Indicaţii de ordin anatomic. Sunt regiuni care nu apar, sau apar opace pe clişeele obişnuite. Astfel regiunea retrocardiacă, retrohepatică, laterovertrebrale nu apar pe filmele obişnuite. Alte regiuni în urma suprapuneri planurilor osoase, apar neclare pe filmele obişnuite. Astfel este carefour-ul bicostoclavicular, rezultat din încrucişarea mijlocului claviculei cu arcul anterior al coastei I-a, cu arcul posterior al coastei IV-a sau III-a. In această regiune bicostaclaviculară tomografia ne dă rezultate remarcabile căci aici este sediul majorităţii leziunilor zise de reinfecţie, care leziuni implică foarte adesea aplicarea unei colapsoterapii medicale sau chirurgicale.

b) *Indicaţii de ordin patologic.* Localizarea precisă a leziunilor şi analiza fină a imaginilor observate pe clişeele clasice.

Inlăturarea umbrelor supărătoare, explicarea desenelor complicate şi căutarea micilor focare indecelabile pe filmele obişnuite.

In cazurile în care clinica este în desacord cu radiografia clasică, în deosebi la limita dintre normal şi patologic, tomografia are cuvântul hotărâtor.



Obs. II. c.

Accentuarea desemnului tramelor pulmonare, într'o zonă limitată, naşte discuţia între o încrucişare de vase şi posibilitatea unui focar bronhopneumonic. Tomografia suprimând suprapunerile, permite un diagnostic de certitudine.

Obs. II. d.

Nodulii mici insignifianţi apar deseori în tomografii ca mici cavernule.

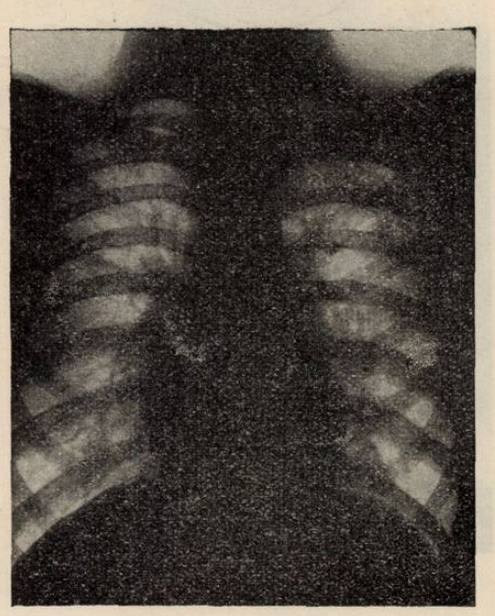
In imaginele complexe de aspect fibros, tomografia diferenţiază uşor focarele exudative.

Marile blocuri de condensaţie, ne o

feră la tomografie surpriza unor caverne mascate şi invizibile altfel.

Caverne ce nu apar pe filmul clasic in cauza lipsei de contur îngroşat suficient, apar imediat pe clişeul tomografic.

In umbrirea masivă a unui hemitorace: exudate, pachipleurite, fibrotorace, tomografia permite analiza şi clarifică multe îndoieli.



Obs. III. a.

II. Rezultatele tomografiei în diversele forme anatomice a tuberculoziei pulmonare

a) *Primoinfecţia tuberculoasă.* O secţiune trecând prin hil permite analizarea complexului ganglio-pulmonar. *Troiser* şi *Ortholan* demonstrează tomografic un asemenea caz în care complexul ganglio-pulmonar este constituit de un şancru pulmonar lipit aproape de grilajul costal posterior în unghiul costo vertebral, şi o adenopatie similară peritraheo bronşică în regiunea centrală a toracelui. Şancrul de inoculare şi zona ganglionară, în cazul descris sunt pe acelaş plan orizontal, încât la o radiografie obişnuită dau imagine complexă făcând imposibilă distingerea elementelor componente.

b) *Caverna pulmonară.* Marile merite ale tomografiei constau în deosebi în descoperirea cavernelor, localizarea lor, stabilirea formei şi a particularităţilor lor. Cavernele ascunse de încrucişările de oase, de umbre heterogene sau cele înglobate în opacităţi omogene, precum şi cele invizibile din lipsa de contrast cu vecinătatea (lipsa condensaţiei tissulare şi atelectasiei pericavitare) beneficiară de tomografie permiţând fixarea unei terapeutici adequate. Dacă tomografia evidenţiază caverne acolo unde pe filmul clasic nu se văd, tot aşa de bine poate infirma diagnosticul de cavernă acolo unde din cauze diverse apar filmul obişnuit false imagini cavitare.

Se permite de asemenea diagnosticul diferenţial între pneumotoraxul localizat şi cavernă.

c) *Infiltraţiile neexcavate.* Obţinem informaţii asupra grosimei leziunilor. Dacă sunt infiltrate mici izolate care se proectează la acelaş nivel cu un epanşament lichidian sau cu o cavernă, aceste infiltrate riscă să fie nevăzute fără concursul tomografiei.

d) *Nodulii tuberculoşi. Granulaţiunile.* Dacă sunt noduli puţini pot fi mascaţi pe un clişeu obişnuit. O secţiune tomografică permite o vizibilitate şi o apreciere mai corectă. In schimb diseminările micronodulare nu par a beneficia de pe urma tomografiei fiind perfect vizibile pe clişeele obişnuite.

e) *Tuberculoza fibroasă.* Tomografia permite diferenţierea fibrotoraxului autentic de falsele fibrotoraxuri. *(E. Bernard şi P. Bernal).* De asemenea devine utilă când o evoluţie ulceroasă complică o tuberculoză fibroasă.

f) *Tuberculoza pleurală.* Epanşamentele închistate ale marei cavităţi şi colecţiunile interlobare pot fi precizate în sediul şi întinderea lor. In deosebi se permite studierea parenchimului pulmonar subjacent. De asemenea o secţiune bine plasată permite aprecierea alteraţiunilor patologice a pleurei.

III. Aportul tomografiei în colapsoterapia medicală şi chirurgicală

a) *In cursul pneumotoraxului terapeutic.* Tomografia permite:

1. Explorarea bontului pulmonar pentru a verifica eficacitatea colapsului.

Obs. III. c.

2. Explorarea pulmonului mascat de epanşament pleural închistat anterior sau posterior.

3. Precizări în diagnosticul bridelor pulmonare, cu detalii asupra structurei volumului, inserţiei exacte pe pulmon şi peretele toracic.

Cea ce de multe ori credem bridă, apare ca aderenţă largă nerezecabilă.

In prezenţa unei evoluţii care persistă, analiza tomografică simultană a pulmonului colabat şi a pulmonului necolabat, se impune.

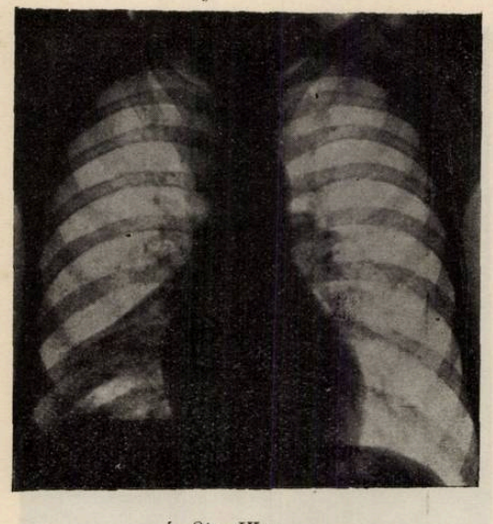
b) *Inaintea colapsoterapiei chirurgicale.* Se determină exact sediul leziunilor, dimensiunile şi forma lor, şi se precizează dacă în jurul lor există ţesut pulmonar. Se fac investigaţii tomografice în ambii pulmoni căci de multe ori pun în evidenţă leziuni până atunci ignorate în partea opusă celei asupra căreia se va face o toracoplastie.

Obs. III. b.

c) *In cursul diferiţilor timpi operatori.* Chirurgul trebue să se orienteze mereu după tomograme pentru a-şi modela preciziunea plastiei. *Mario Lebel, Thiel şi Chauveau,* declară că tomografia prin documentarea ei semiologică obiectivă aduce o colaborare considerabilă în tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare atât în momentul în care se stabileşte locul inciziei cât şi în cursul diverselor etape operatorii, pentru a aprecia rezultatul obţinut în urma fiecăruia din ele. Exemplifică descriind observarea unui bolnav care a fost urmărit tomografic şi care, atunci când trebuia în mod logic să suporte o toracoplastie largă în 2 sau 3 timpi, a fost găsit vindecat în urma primului timp operator.

d) *După toracoplastie, şi Pneumo extra pleural.* O analiză tomografică este indispensabilă pentru a vedea caverna care a justificat intervenţia, mai persistă. Bronşia de drenaj poate apărea deformată sau cudată. Această descoperire este de mare importanţă căci explică expectoraţia baciliferă după plastie şi poate conduce la operaţie complimentară.

După cele scrise mai sus în termeni pe drept cuvânt elogioşi la adresa tomografiei, n'aşi vrea să las să se creadă că tomografia rezolvă întotdeauna clar şi tranşant toate problemele ce i se pun. Deasemenea nu trebue crezut că tomografiile sunt totdeauna uşor de interpretat sau explicat. Dacă ori cine recunoaşte o cavitate care a putut fi invizibilă pe o radiografie obiş



Obs. IV. a.

nuită, uneori apar umbre imposibil de precizat. In deosebi hilul este regiunea cu cele mai multe necunoscute.

Voi demonstra acum câteva clişee tomografice din colecţia sanatoriului Moroeni.

Obs. Nr. I

Pacientul P. Gh. 46 ani, intră în sa-

Obs. IV. b.

natoriu în ziua de 25 Noembrie 1938.

Radiologic: Infiltrat excavat (cavernă de mărimea unei piese de 20 lei). Stetacustic: subcrepitante la vârful pulmonului drept. Afebril B. K. + După 3 luni: bolnavul câştigă în greutate 3900 gr. este afebril B. K. negativ. Stetacustic nimic supradăugat. La radiografia obişnuită de astă dată se constată că caverna este dispărută; în locul ei umbre de aspect heterogen cu tendinţă net retractilă. Pentru a verifica dacă este într'adevăr dispărută caverna, se face Tomografie. La 11 cm. dela planul dorsal apare o imagine inelară de dimensiunea unei piese de 10 lei.

Obs. Nr. II.

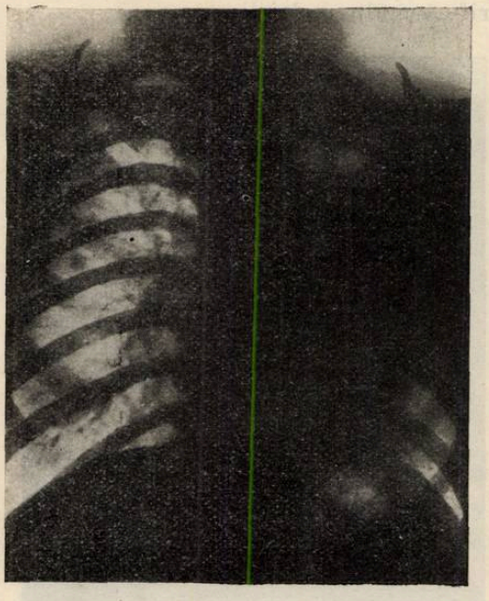
Pacienta R. M. 15 ani intră în sanatoriu în 15 Noembrie 1938. Subfebrilă. Spută baciliferă. Radiologic: Excavaţie mare (mărimea unei mandarine) în treimea superioară a pulmonului drept. Stetacustic: subcrepitante multe anterior şi posterior, suflu cavitar. Pulmonul stâng infiltrat discret perihilar fără zgomote supraadăugate. In 23 Noembrie 1938 se instituc pneumotorace drept. Se obţine colaps electiv. Bolnava câştigă în greutate. Continuă însă sub-febrilitatea şi persistă baciloscopia pozitivă. La reexaminarea in 14 Ianuarie 939, se percep subcrepitante în regiunea interscapulo vertebrală stângă. Se face o radiografie, pe care se constată apariţia unui infiltrat subclavicular stâng şi un infiltrat neomogen în porţiunea mijlocie a aceluiaş pulmon. Se propune pentru tomografie. Dela 10 cm. până la 14 cm. dela planul anterior se fac 4 clişee tomografice. Spre marea noastră surpriză apar în diversele planuri o serie de caverne şi cavernule cu totul neaşteptate. Se instituie pneumotorax stg. Bolnava continuă acum un pneumobil bilateral. A devenit afebrilă şi câştigă în greutate. Ultimul examen de spută B. K. negativ.

Obs. Nr. III.

Pacientul S. I. 19 ani, intră în sanatoriu în 22/9/938. Debutul boalei înainte cu o săptămână printr'o hemoptizie mică urmată de temperatură între 37.5 grade până la 38 grade. La intrarea în sanatoriu este afebril. Radiologic: infiltrat discret al vârfului stâng. Clinic submatitate la vârful stâng. Stetacustic nimic adăugat. B. K. negativ. Se face tomografie în ziua de 10/12/1938. La 12 cm. dela planul anterior apare o cavernulă cu diametru de 1 cm. Se vede foarte bine bronşia de drenaj. Bolnavul continuă cura sanatorială fără alte semne de boală de cât mici subfebrilităţi periodice. Sputa se menţine mereu negativă. Creşte mult în greutate. In 18/2/939 se face o nouă tomografie. Se constată mărirea cavernei şi în plus apariţia de noi cavernule. B. K. negativ. Bolnavul a câştigat 9 kgr. dela internare. Se tentează pneumotorace stâng. Se găsesc pleurile simfizate. Se propune pentru toracoplastie superioară extrafascială (Semb).

Obs. Nr. IV.

Pacientul Z. K. 22 ani, intră în sanatoriu în 17/2 939, sub-febril. B. K. pozitiv. Radiologic: infiltrat perihilar stâng iar în pulmonul drept infiltrat neomogen (în treimea inferioară) cu limita superioară oblică, netă liniară. Pleurită adezivă a bazei drepte. Stet-acustic, subcrepitante şi frecături în ½ inferioară a hemitoracelui drept. Tomografia din 18/2 939, ne evidenţiază o cavitate



Obs. V. a.

ovalară de dimensiuni apreciabile aplicată la hil şi o remarcabilă ascensiune şi fixare a hemidiafragmului drept. Se propune pentru frenicectomie dreaptă care se face în 2/3 939. La ora actuală

Obs. V. b.

hemidiafragmul drept este ascensionat cca. 6 cm. Bolnavul continuă o cură declivă.

Obs. Nr. V.

Pacientul A. I. 25, ani, intră în sanatoriu în 27/7.1938. Prezintă o voalare o-

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CARBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVIe

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

Perlatan-Calcium

în

turburările menopauzei

De 3 ori pe zi
1-2 comprimate
Flacon cu 40 comprimate

Compoziţie:
100 U. I. Perlatan
0,25 lactat de calciu
0,05 bromură de sodiu

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM—WALDHOF
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

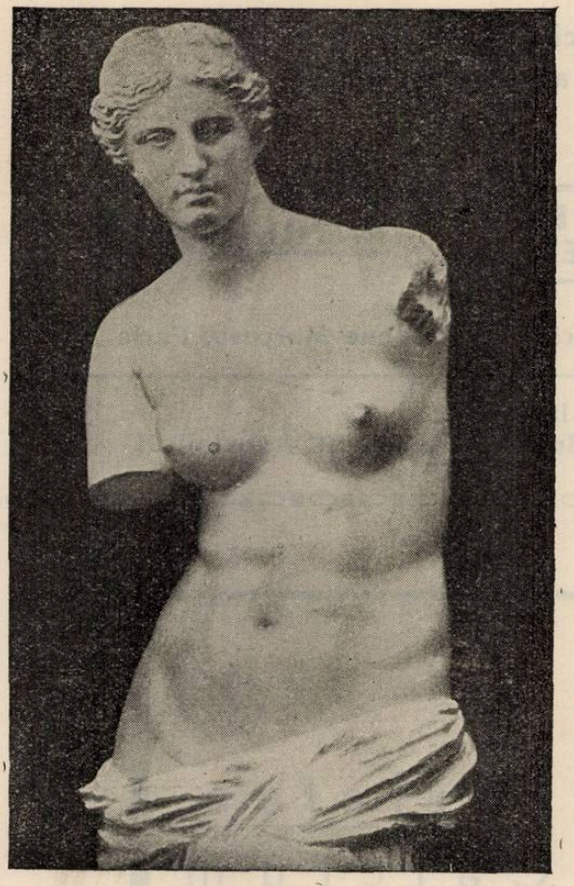
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare. Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRA"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

mogenă a hemitoracelui stâng cu clarificarea vârfului şi o porţiune bazală.

Obs. VI. a.

Clinic: raluri consonante la vârf, suflu pleuretic şi garguiment în linia axilară anterioară, frecături la bază. Tomografia ne arată o excavaţie de cca. 7/5 cm. la vârf şi infiltrat cu ramoliţii multiple în restul lobului superior. De remarcat claritatea arborelui bronşic şi bronşia de drenaj.

Obs. Nr. VI.

Pacienta S. A. 7 ani, o dublă congestie pulmonară (lobul inferior drept şi lobul superior stâng) în Septembrie 1938. Urmează o convalescenţă de scurtă durată cu complectă afebrilitate, fără tuse şi revenire la greutate normală. Incepe să frecventeze şcoala. In Decembrie 1938 apar mici subfebrilităţi şi tuse persistentă. Stări gripale repetate îngrijorează părinţii care ne solicită o radiografie.

Ne reţine în deosebi atenţiunea pe această radiografie imaginea hilului drept. O tomografie la 7 cm. de planul anterior ne oferă surpriza unei imagini inelare. Prin tomografia antero posterioară la 2 cm. de apofizele transverse, înlăturăm posibilitatea unei leziuni în parenchin. Prin Lipiodol scoatem din cauză dilataţia bronşică. Rămânem pe lângă diagnosticul de ganglioni excavaţi. Examene succesive prin frontiu nu ne descopere bacili acido-rezistenţi în spută. După recomandaţia noastră pacienta urmează o cură de aer de 2 luni şi medicaţiune tonică (fosfor calciu şi vitamine). Tomografia ulterioară nu ne mai arată nici o imagine cavitară. In prezent pacienta e afebrilă şi tusea complect dispărută. Se bucură de o stare generală perfectă.

BIBLIOGRAFIE

1. *Ronneaux (Dr. Georges).* La stratigraphie pulmonaire de Vallebona. Archives Medico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire Tome 12 Nr. 16.

2. *Bernard (Etienne) et Maingot:* Les coupes radiologiques du thorax et leur utilité pour le diagnostique de la tuberculose pulmonaire. Bulletin de l'union Internationale contre la tuberculose. Vol. 15 Nr. 4 Octomvrie 938.

3. *Maingot, Bernard et Weil (Jaques):* Analyse tomographique de la zone bicosto-claviculaire. Rev. de la Tuberc. Nr. 7 938.

4. *Troisier et Ortholan:* Complex ganglio-pulmonaire et tomographie Rev. de la Tuberc. Nr. 7 938.

5. *Maingot et Bernard:* A la recherche des cavernes pulmonaires par la tomographie. Arch. Medico-chirurg. de l'app. resp. Nr. 6 937.

6. *Lebel (Mario), Thiel (Henri) et Chauveau:* Intérêt de la radiotomie dans le traitement chirurgicale dela tuberculose pulmonaire. Rev. dela tuberc. Nr. 9 937.

7. *Ruttgers (Paul):* De quelques notions nouvelles en phtisiologie. Rev. de la tuberc. Nr. 6 1938.

8. *Camino.* — Tomographie pulmonaire. Bull. Soc. Radiol. Med. de France. juillet 1937.

9. *Delherm, J. Bernard et Hoang.* — Note sur planigraphie pulmonaire. Soc. de Rad. Med. de France. février 1937.

10. *Gunsett et Schneider.* — Résultats de la tomographie pulmonaire. Buli. Soc. de RRad. méd. de France, avrii 1937.

4. *Maginot et E. Bernard.* — La tomographie dans les hémithorax sombres. Bull. Soc. Rad. Méd. de France, août 1937.

12. *Schmidt.* — Valeur de la statigraphie pour l'indication et la technique

Obs. VI. b.

de la chirurgie pulmonaire. Arch. Electr. Méd. janvier 1937.

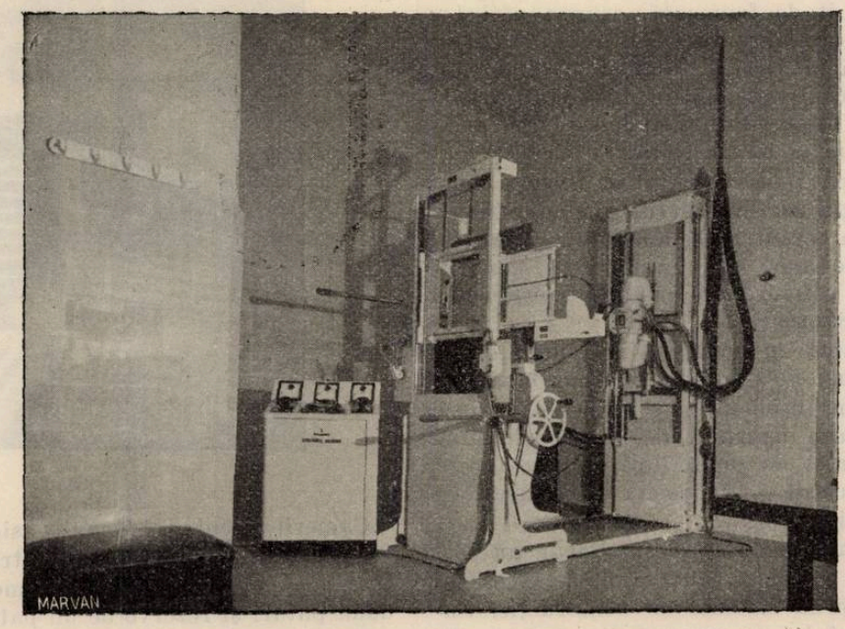
13. *Vallebona.* — L'exploration statigraphique du poumon normal et pathologique. Arch. d'Electr. Méd. janvier 1937.

14. *Vallebona.* — La stratigraphie pulmonaire. Journal de Rad. et d' Electr. juin 1937.

15. *Vallebona et Bistolfi.* — Uber die verschiedenen technischen Lösungen der stratigraphie. Fortschritte auf dem gebiete der Röntgentstrahlen, Bd. 52. 1935. H. 6.

16. *Buffé.* — Présentations de clichés de coupes radiographiques. Bull. Soc. Radiol. de France, janvier 1937.

17. — *Kurt Greineder.* — Die tomographie der normalen Lunge. Fortschritte auf dem gebiete der Röntgenstrahlen Bd. 52. Nov. 1935. H. 5.



Aparat Röntgen pentru tomografie

Modul de funcţionare, organizare şi descrierea Sanatoriului Moroeni

de Dr. C. BIBICESCU

Aşezat la poalele Bucegilor ocrotitori, la o mie metri altitudine, Sanatoriul Moroeni, reprezintă una din cele mai frumoase realizări spitaliceşti din ţara noastră.

Dr. I. COSTINESCU
V. Preşedintele Ligei Naţionale contra Tuberculozei

Locul unde s'a construit Sanatoriul, a fost cu mult timp înainte studiat şi ales, oferind avantagii desăvârşite în privinţa climatului şi expunerei spre sud.

Scăldat tot timpul în soare, pe o poziţie dominantă şi cu o vedere neasămuit de frumoasă, asupra văii Ialomiţei, unde se văd înşirate satele până la zeci de kilometri, Sanatoriul Moroeni este lipsit de umezeală, de praf şi de vânturi, având o climă temperată şi foarte egală.

Incă înainte de a se începe construcţia, s'a studiat de geologi stabilitatea terenului şi apoi s'au captat isvoare mari de apă potabilă, condiţiune primordială când se construeşte un Sanatoriu.

Numai la două ore şi jumătate, depărtare de Capitală şi totuşi la o altitudine însemnată, aşezarea sa prezintă o mare uşurinţă de transport, fiind deservit de două linii de căi ferate, Bucureşti — Pietroşiţa şi Bucureşti — Sinaia.

Planurile acestui sanatoriu, au fost mult studiate, adoptându-se cele mai moderne sisteme de construcţie. Sanatoriul este compus din trei pavilioane legate între ele, cu trei destinaţii bine definite. Pavilionul din stânga, cu 200 paturi, a fost rezervat pentru bărbaţi, deoarece bărbaţii vin la Sanatoriu, într'o proporţie de două ori mai mare decât femeile. La acest pavilion s'a adaptat sistemul de construcţie în etaje retrase.

Pavilionul din dreapta, cu 120 paturi, s'a rezervat pentru femei, aci etajele sunt suprapuse, dar sunt înalte, încât terasele nu împiedică intrarea luminei.

Insfârşit pavilionul din centru, pentru 80 bolnavi, având 10 etaje, a fost destinat bolnavilor ce îşi plătesc singuri întreţinerea, jumătate din etaje fiind pentru femei, jumătate pentru bărbaţi. Construcţia este făcută în arc de cerc, pentru ca soarele să intre progresiv în toate camerele.

La Sanatoriul Moroeni, se primesc bolnavi trimişi de Casele de Asigurări, cari sunt aşezaţi în cele două pavilioane din stânga şi din dreapta şi bolnavi pe cont propriu, cari locuesc, după cum am spus, pavilionul din centru.

Toate camerile de bolnavi, au expunere la sud, şi din fiecare cameră se poate eşi direct pe terasa de cură, care este acoperită cu o umbrelă de beton. Deasemenea la etajul patru dela pavilionul din stânga se găseşte o terasă acoperită, de 100 metri lungime pentru plimbarea bolnavilor în caz de ploaie sau vreme urâtă.

Pentru bolnavii pe cont propriu, sunt camere cu două paturi şi cu un pat, având fiecare sală de bae anexă.

In partea de nord a camerelor sunt culoare mari cu mozaic pe jos, toate îmbrăcate până la jumătate în faianţă albă, dând un aspect civilizat şi putându-se astfel întreţine uşor curăţenia.

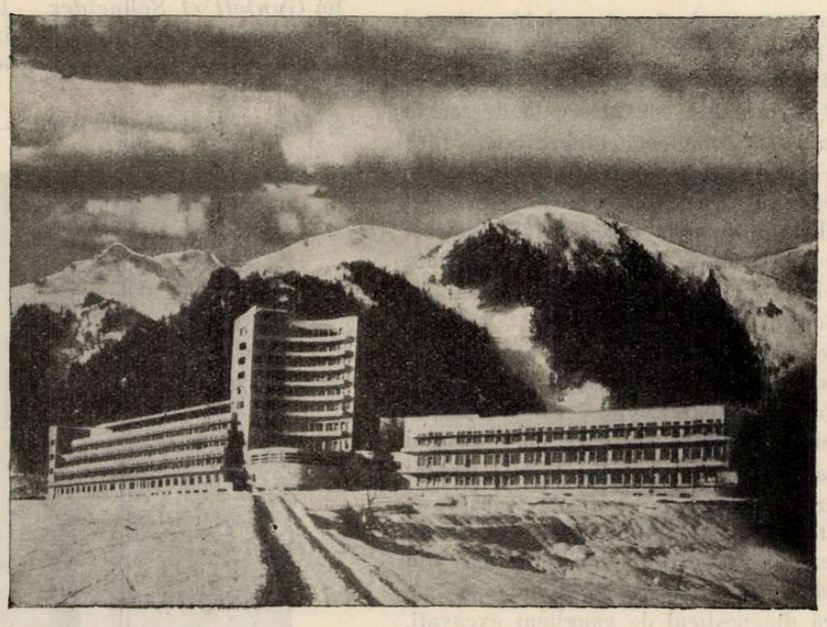
La fiecare etaj, este câte o sufragerie şi un oficiu de distribuţie al mâncării, ce este legat cu bucătăria prin două monte-charge.

S'a dovedit a fi foarte practic acest sistem de diviziune al sufrageriilor, fiind mai multă linişte la masă şi bolnavii fiind mai uşor serviţi. In sufragerii sunt mese de două şi patru persoane, la cari se aşează bolnavii după preferinţe.

La fiecare etaj sunt băi şi duşuri, depozit de lenjerie, cameră de soră, de supraveghetoare, cameră de corespondenţă şi bibliotecă.

La fiecare cameră sunt semnale luminoase, pentru chemarea personalului, prize pentru radio la cască, dulap pentru haine, cuvete pentru spălat şi scuipători în cari curge în continu apa (ca la cele dela dentist).

In toate culuoarele sunt ceasuri electrice, telefoane automate, difuzoare pentru chemarea medicilor şi surorilor. Aceste instalaţii moderne sunt numai o necesitate. Ar fi foarte greu de găsit un medic, când un bolnav are hemoptizie, sau instalatorul de apă, de exemplu, când se strică o conductă la parter şi el repară într'o cameră la etajul opt, dacă nu am avea telefoane şi difuzoare.



Sanatoriul Moroeni

Camerile pentru bolnavii asiguraţi sunt mari, având în general trei paturi, mai sunt deasemenea camere cu două paturi şi rezerve de un pat, când necesită o izolare.

Fiecare pavilion este deservit de un ascensor, plus unul de serviciu, suficient de mari, pentru a transporta un bolnav cu patul sau căruciorul.

Fiecare pavilion are o sală de con-

„Farmako“

LABORATOR DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE.

Pulmonin
„Farmako“

Antiseptic pulmonar puternic în gripă, bronşită, pneumonii, bronchopneumonii

Adulţi: 1—2 fiole pe zi
Copii: 1/2—1 fiolă pe zi.

Asociaţie de chinină bazică şi camfor, dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole à 1,1 ccm. şi 2,2 ccm.

Creosocalcin
„Farmako“

Rezultate remarcabile în toate afecţiunile pulmonare: bronşite acute şi cronice, tbc. pulmon., gripă, tuse convulsivă; profilactic.

Plăcut la gust şi miros.

Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Sulfocreosotat de potasiu, fosfat de codeină, nitrat de aconit, lactofosfat de calciu.

Flacoane mari şi reduse.

Analgosan
„Farmako“

Analgetic de un efect puternic şi constant în cefalalgii, migrenă, lumbago, sciatică, nevralgii, dismenoree, dureri de dinţi.

1—4 tablete pe zi.

Dimetilaminoantip.
Acetamidofenetol.
Trimetilxantină.
Sare de Pelletier brom

Cutii cu 12 comprimate.

COLIBACILURIE

INFECŢIUNI URINARE
ACUTE ŞI CRONICE

MANDELIUM

Fiole BUVABILE de Mandelat de Amoniu

MEDICAŢIE
ANTISEPTICĂ ŞI ACIDIFICANTĂ

Se prescrie o fiolă imediat după fiecare din cele 4 mese

THÉRAPLIX

Toate avantagiile Regimului Cetogen
însă fără inconvenientele acestuia

PARIS-7e

Propagande medicale: «THÉRAPLIX» Str Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

Calcium Salvator

CALCIUM GLUCONICUM
10%, 20%

SALVATOR

INDICAŢIUNI

PRETUBERCULOZĂ
TUBERCULOZĂ
HEMORAGII
CONVALESCENŢĂ
DERMATOZE

INTRAVENOS
INTRAMUSCULAR

LABORATORUL SALVATOR BRAŞOV

Mostre şi literatură: M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

RESYL

Eterul glicero-gaiacolic

IN TOATE BOLILE DE RĂCEALĂ

Preparat de gaiacol uşor resorbabil, cu acţiune rapidă

Picături de Resyl:

Se dozează exact, cu întrebuinţare practică şi economică.

Tablete de Resyl:

Se administrează uşor, stimulează pofta de mâncare, au o acţiune sigură.

Fiole de Resyl:

Injecţiuni nedureroase, bine tolerate, pentru acele cazuri unde o medicaţie pe cale bucală nu este recomandabilă.

Ambalaj: Picături, flacon cu 20 g. — Tablete, flacon cu 20 tablete.
Fiole, Cutie cu 10 fiole a 2,3 cc.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

Reprezentant pt. România: NICOLAE BARNA, farmacist, Bucureşti str. Romană, 55 c.

sultaţiuni medicale, prevăzute cu câte un aparat Röntgen, astfel că femeile sunt examinate separat de bărbaţi şi aceştia de bolnavii pe cont propriu.

Afară de cabinetele de consultaţiuni mai sunt săli de operaţie, sterilizare, pansament, de pneumotorax, fizioterapie, dentistică şi laringologie.

La parter, la pavilionul mare din stânga, se găsesc birourile administrative, casieria, registratura, contabilitatea, administratorul, sala de referate pentru medici, directorul, farmacia, laboratorul de chimie şi bacteriologie, poşta, telefon, centrala de radio şi apel fonic, secţia de meteorologie, fişierul general, frizeria, lenjeria, sala de mese pentru funcţionari şi surori şi depozitul central de obiecte spitaliceşti.

Tot la parter se găseşte o frumoasă sală de teatru, pentru 500 de persoane cu un cinematograf sonor.

La subsol, se găsesc: spălătoria, uscătoria, camera de călcat rufe, legate printr'o scară interioară cu lenjeria şi depozitul de rufe dela parter, camera de formolizare, sterilizarea scuipătorilor, crematoriul de gunoaie, diverse magazii şi depozite mici, bucătăria cu oficiul central de distribuţie al mâncării.

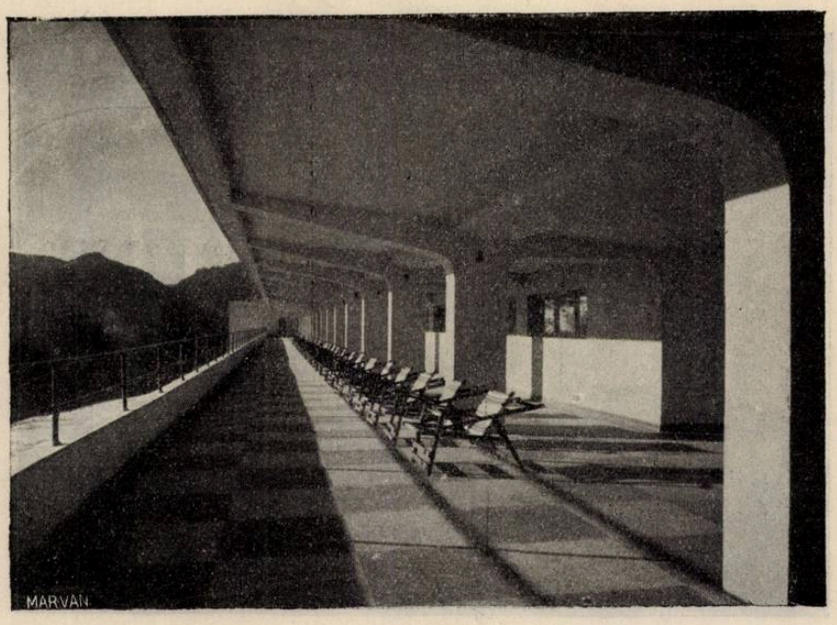
Ca anexe la bucătărie sunt camerile de spălat vase pentru bucătărie, frigidaire, cameră de curăţat zarzavaturi, cameră de preparat şi tăiat carnea, cameră de patiserie şi cameră de sterilizat laptele.

Tot la subsol se găseşte într'o cameră maşina de desinfectat şi spălat vesela dela întregul Sanatoriu şi sala cazanelor dela calorifer.

Depozitele mari de alimente, sunt într'o clădire anexă în spatele Sanatoriului unde vehiculele au acces uşor din şosea şi care clădire este legată printr'un tunel subteran de culoarele ce duc la bucătărie. In această clădire anexă, sunt depozitele mari de zarzavaturi, conserve, făină, brutăria, garajele şi locuinţele întregului personal cu infirmeria personalului inferior.

Intr'o aripă perfect izolată de rest, tot în clădirea anexă se găsesc cinci mari ateliere destinate pentru reeducarea şi readaptarea la lucru a bolnavilor ce stau mai mult timp în Sanatoriu. Vor fi astfel organizate ateliere de lenjerie, tâmplărie, mecanică, strungărie, ţesături de covoare etc., pentru bolnavii cari pot lucra fracţionat 1—3 ore pe zi.

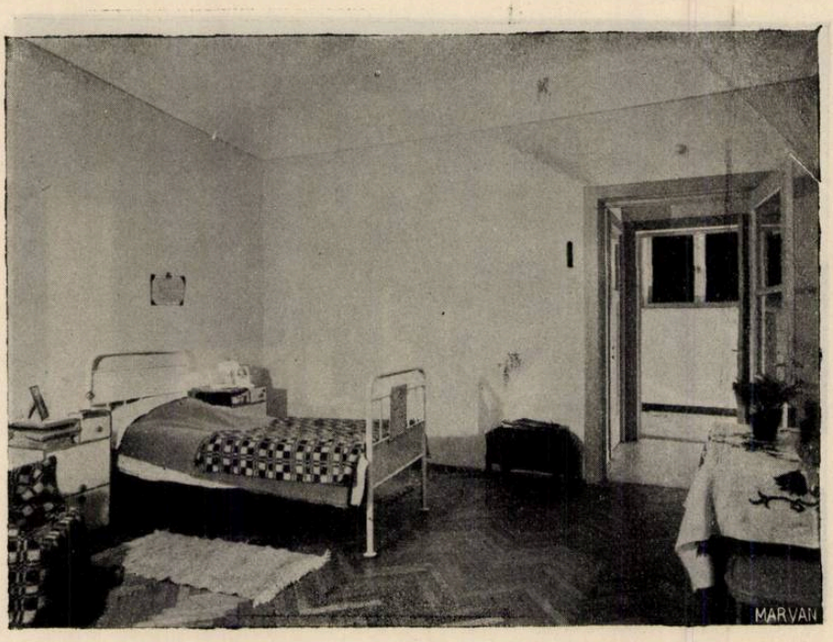
Această nouă idee, de a ocupa puţin bolnavii, ce sunt recuperabili pentru a nu îşi uita meseria şi a nu pierde antrenamentul, în timpul lung ce stă în Sanatoriu, este prima încercare ce se face la noi în ţară şi care în străinătate a adus confirmarea necesităţii ei.



O terasă acoperită

Hall-ul dela intrare

O cameră de lectură



Cameră cu un pat și bae anexă

Cameră cu trei paturi

Sală de mese

Una din cele mai mari preocupări ale noastre a fost, să dăm o cât mai perfectă organizare diverselor servicii medicale și administrative, astfel ca fiecare din ele, să se miște ca rotițele unui ceasornic bun, având angrenajul perfect, în scopul final a îngrijirei bolnavilor.

Serviciile medicale. Bolnavii, vin în fiecare zi, la stația Pietroșița, cu trenul ce sosește la ora 11, deaci sunt luați de autobusul nostru și transportați la Sanatoriu. Dupăce au trecut pela registratură, bolnavii așteaptă în sala de primire, unde medicii secundari, dela fiecare pavilion, fac repartizarea respectivă, indicând pe un bilet etajul, camera și patul. Aceste bilete, sunt duble, unul rămânând la registratură, care comunică imediat la bucătărie numărul bolnavilor și la ce anume sufragerii să se dea mâncare în plus.

Cu celălalt bilet, bolnavii merg la secțiile indicate, prezentându-se supraveghetoarei, care îi arată camera și patul indicat. Bolnavii primesc un termometru, o scuipătoare de buzunar, o pereche de pantofi de pâslă și un regulament în care scrie amănunțit, cum trebuie să se comporte un bolnav în Sanatoriu, ce este și ce nu este permis.

In aceeași zi după amiază, bolnavii intrați fac bae, si la ora 5 internii de serviciu le fac foile de obsvreație. La ora 6, bolnavii sunt prezentați medicului secundar, cari îi examinează și dictează starea prezentă.

A doua zi se fac analizele de spută, de urină, de sânge și o radiografie.

Dimineața dela 9 jumătate la 12, se face vizita mare, la fiecare pavilion, de către secundarii respectivi împreună cu internii și cu medicul director, care prin rotație asistă la vizita mare în fiecare zi la câte un pavilion. La această vizită, medicul director, controlează medicația administrată, cercetează indicațiunile puse de medicii secundari, foile de dietă și activitatea serviciului.

Medicul director se ocupă în special de bolnavii dela pavilionul central, la care singur pune indicațiile și conduce tratamentul fiind secția sa.

La vizita mare, ce se face în acelaș timp la fiecare pavilion, se scrie medicatia pe condica de farmacie, care imediat este trimisă la farmacie pentru efectuare.

Regimurile alimentare se prescriu de medici și se comandă telefonic la bucătărie, pentru a avea timp să se pregătească până la ora mesei.

Bolnavul are la pat, o foaie de temperatură și o foaie de medicație și dietetică, în cari se înscriu zilnic schimbările survenite.

La fiecare pavilion, după cum am spus, este câte un cabinet de consulta-

AUXO-BENZOTERAPIA PULMONARĂ

Benzocalcium

INDICAŢIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice

Infecţiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE, 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.

Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

„FARMAOLT" S. A. — BUCUREŞTI, B-dul BRĂTIANU 24, Tel. 4.98.08.

SOLGANAL B ULEIOS

Schering

Eficacitate maximă

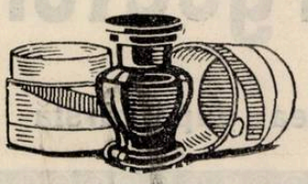
Toxicitate minimă

Pentru tratamentul tuberculozei pulmonare şi laringiene şi tratamentul reumatizmului articular cronic

Solganal B în suspensie uleioasă, ajunge prin injecţie intramusculară treptat în circulaţie. Resorbţia lentă măreşte toleranţa şi produce cele mai favorabile condiţiuni, pentru o acţiune terapeutică optimă şi uniformă.

Mostre şi literatură prin Biroul ştiinţific: Bucureşti, I. Str. Doamnei I/II

Ambalaje originale:
Sticluţe cu 5 cmc. din suspensia de 2%
Sticluţe cu 5 cmc. din suspensia de 20%
Fiole începând dela 0.01 până la 0.40 ctg.



SCHERING A. G., BERLIN

fabrica de produse chimice

aedeon richter s. a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Pentru tratamentul modern al hemoptiziilor tuberculoase:

Glanduitrin

Extract standardizat retrohipofizar în fiole sterile de, 1 ccm.
0,5—1 ccm. diluat în 10—20 ccm. ser fiziologic
injectat foarte încet (5—10 minute).
O injecţiune pe zi, timp de 2—3 zile consecutive.

Pentru calciterapia parenterală în afecţiunile tuberculoase:

Calcimusc

Soluţie sterilă de 10%, gluconat de calciu, în fiole de 5 şi 10 ccm.
Toleranţă perfectă; lipsă de reacţiuni locale sau generale.
Injecţiuni intravenoase sau intramusculare.

Pentru favorizarea fixării calciului în organism şi ca tonic general:

Ergosterina iradiată Richter

soluţie şi tablete

Dozarea: după vârstă

ţie, unde se găseşte un aparat Röntgen, un fişier de pavilion, condica de examinări zilnice, condica de pneumotorax şi registrul de analize.

Fişierul de pavilion este aranjat alfabetic şi fiecare bolnav are un plic în care se găseşte radiografia, foaia de observaţie şi toate rezultatele analizelor. După plecarea bolnavului acest plic se scoate din fişier, se mai adaogă în el foile de temperatură şi dietetică ce au fost la patul bolnavului şi acest plic se rânduieşte la litera respectivă din fişierul general.

Metoda aceasta, de a păstra întreg dosarul bolnavului concepută şi realizată de noi, este foarte practică, mai ales atunci când bolnavul revine în Sanatoriu.

La vizita de dimineaţă se aleg bolnavii ce trebue să fie examinaţi după amiază, din practică, reese că acest procent este de 10 sau 12 la sută. Avem astfel de examinat zilnic circa 40—50 de bolnavi în care număr intră: reexaminările, bolnavii noui intraţi şi cei ce vin la pneumotorax, reese de aci nevoia de a avea trei săli de consultaţie, unde să lucreze trei medici deodată ajutaţi de internii lor.

La Sanatoriul Moroeni, încadrarea medicală este următoarea: un medic director, trei secundari, şase interni, un medic de laborator, un chirurg, un dentist, un otorino-laringolog şi un farmacist, în total 15 persoane.

Medicul chirurg, oto-rino, şi dentistul vine în fiecare săptămână, sau când nevoia cere, nelocuind permanent în Sanatoriu.

Surorile sunt câte una pentru 30 de bolnavi, având o supraveghetoare la fiecare etaj, care este o soră mai în etate.

Orele de cură, de plimbare şi mesele sunt înscrise în regulamentul ce se dă bolnavilor şi sunt anunţate prin o sirenă ce este în curtea Sanatoriului. Mesele bolnavilor sunt în număr de cinci pe zi, iar la culcare se dă câte 250 grame lapte şi de două ori pe săptămână se dă carne de pasăre, Duminica se dă 200 grame vin.

Vesela Sanatoriului se spală într'un singur loc, cu ajutorul unei maşini, ce poate spăla o mie de farfurii pe oră. Maşina lucrează cu apă la 90 grade în care se adaogă sodă şi vapori supraîncălziţi.

Organizaţia administrativă. — Intreaga administraţie este condusă de intendent ce lucrează sub directivele şi controlul medicului director. In fiecare zi administratorul trece de mai multe ori pe la serviciile importante, ca: bucătărie, lenjerie, uzină, garaje, etc.

Medicul director controlează deasemenea zilnic serviciile enumărate mai sus.

Bucătăria, la un Sanatoriu, este unul din cele mai importante servicii. La Sanatoriul Moroeni, bucătăria este

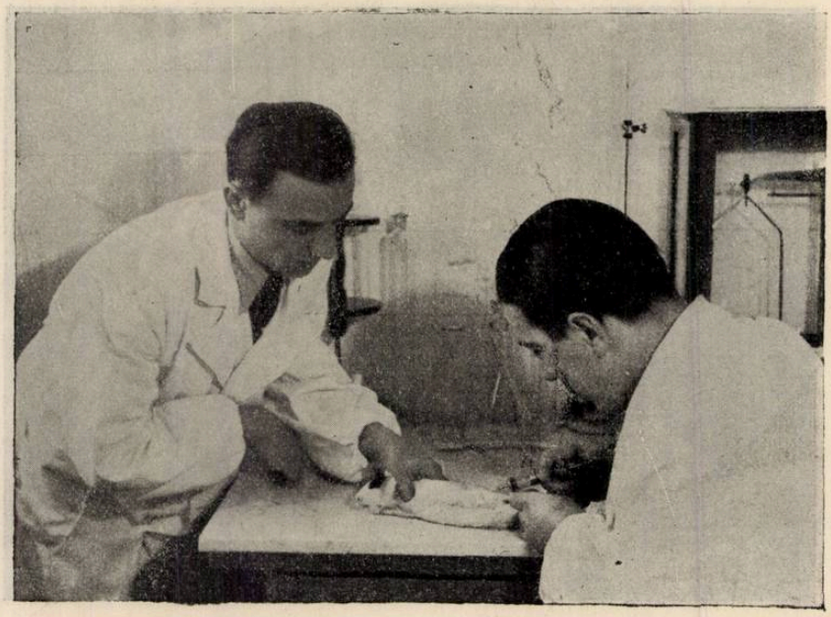
Un oficiu de distribuţie

Farmacia Sanatoriului

O operaţie de toracoplastie

Camera de sterilizare

Bucătăria



In laborator, inocularea unui cobai

foarte modern instalată, având patru cazane pentru fiert supele, mâncările etc., cari funcţionează cu aburi, o plită ce funcţionează cu păcură, un mare grătar pentru fript fripturi, cuptoare de patiserie şi mai multe maşini electrice pentru curăţat zarzavat, tocat carne, tăiat cartofi, etc.

Spălătoria Sanatoriului este complect mecanică, în două zile se poate spăla, usca şi călca rufele pentru şase sute de persoane.

* * *

In afară de toate amănuntele arătate mai sus, Sanatoriul Moroeni are şi scopul pregătirei tinerilor medici.

Sunt aleşi astfel interni ce se devotează acestei specialităţi, putând ajunge secundari, şefi de secţie şi directori, urmând calea concursurilor. Pregătirea internilor se face zilnic la orele de examinare şi de vizitare a bolnavilor — se face prin coloquii săptămânale şi prin şedinţele de referate asupra articolelor din revistele ştiinţifice. Internii noştrii ajută la operaţii, fac singuri intervenţii de Jacobaeus, fac radiografii, pneumotorax şi examenele curente de laborator.

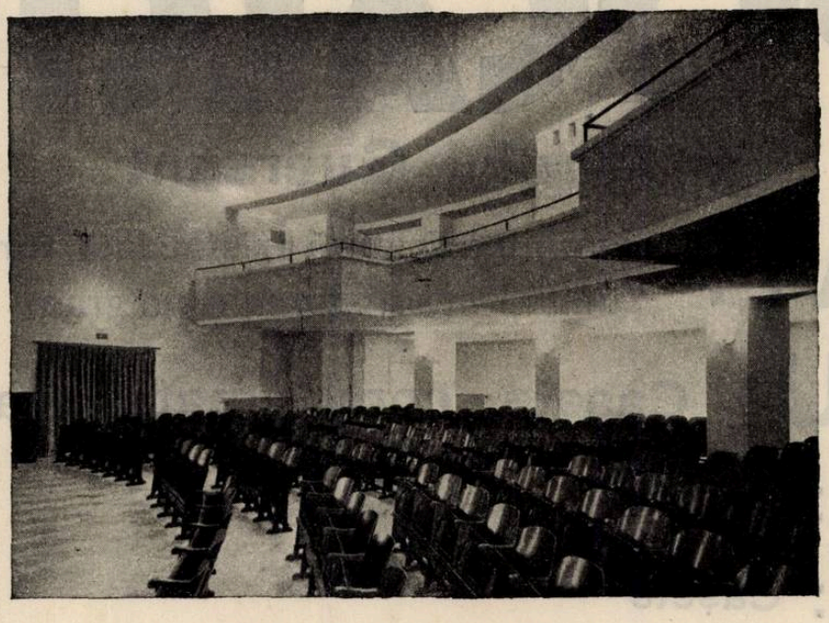
Deasemenea, la şedinţele de referate sunt prezentaţi bolnavi şi se discută asupra cazurilor interesante ce se ivesc în servicii. Este aproape o întrecere între medicii şi internii dela fiecare pavilion a expune cazurile lor interesante. In această ambianţă s'a născut dorinţa publicărei articolelor ştiinţifice din revista de faţă. Un mare entuziasm şi un deosebit elan arată toţi aceşti colaboratori în îngrijirea bolnavilor. Un local somptuos, înzestrat modern, cu material suficient nu poate fi decât un imbold la muncă. Tinerii medici cari se disting, sunt trimişi în străinătate pentru specializare şi complectarea studiilor. In acest scop Liga naţională contra tuberculozei are un număr anual de burse. In lipsa unei catedre sau a unei conferinţe de Ftiziologie, facem după posibilităţi pregătirea tinerilor medici, cari după un timp variabil vor fi foarte utili scopului pentru care s'au dedicat.

*

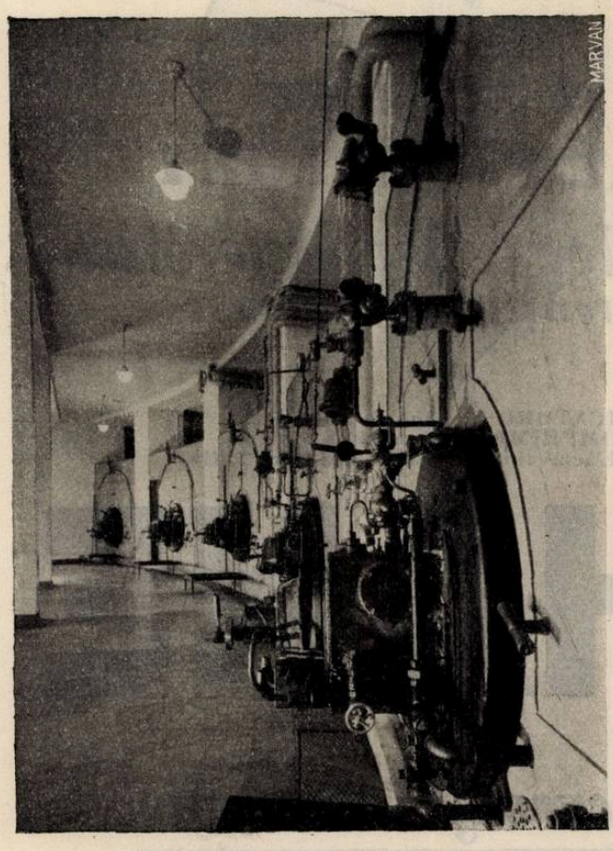
După această descriere, pot zice sumară, a Sanatoriului Moroeni, sper să se poată face o idee aproximativă despre această instituţiune, ce a stârnit admiraţia sinceră a celor ce l'au vizitat.

Incheind această prezentare, ţin să relev că dela alegerea locului, captarea apei, dela prima cărămidă şi până la ultima înzestrare modernă, totul a fost gândit, creiat şi studiat de Domnul dr. *Ion Costinescu*, fost ministru al sănătăţei, vice-preşedintele Ligei Naţionale contra Tuberculozei, care poate astăzi să se bucure din belşug, văzând opera D-niei Sale, dând chiar dela început roadele aşteptate.

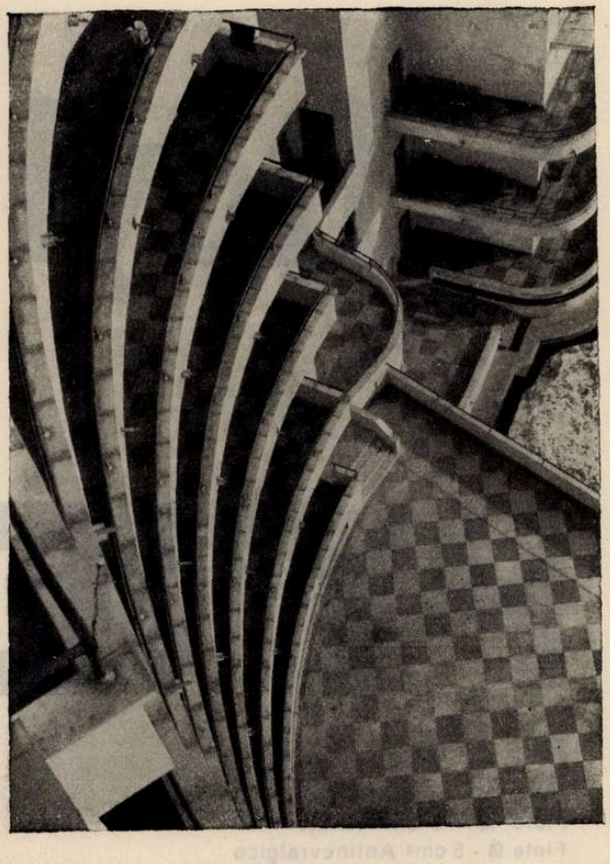
Sanatoriul Moroeni



Sala de teatru



Cazanele de calorifer



Vederea teraselor în ansamblu

OPOCALCIUM

al D-rului Guersant

IRADIAT: cu Vitamină D. pură cristalizată, titrând 40 milioane unităţi internaţionale pe gram

SIMPLU: Caşete, comprimate, granule

Gaiacolat: Caşete

Arseniat: Caşete

LABORATOARELE
A. RANSON
DOCTOR IN FARMACIE
121, AV. GAMBETTA—PARIS (XX-e)

LITERATURĂ ŞI EŞANTIOANE LA CERERE
Exclusivitatea generală
DROGUERIA „STANDARD"
8, Str. Sft. IONICĂ 8. — BUCUREŞTI

Silicyl

Medicaţiunea
de BAZĂ şi de REGIM
a Stărilor Arteriosclerotice
şi a Carenţelor Silicioase.

PICĂTURI: 10 până la 20 la doză
COMPRIMATE: 3 până la 6 pe zi
FIOLE 5cm³ intravenoase: la fiecare 2 zile

PYRÉTHANE

PICĂTURI
25-50 de repetat — 300 pe zi
Fiole A - 2 cm³ Antitermice
Fiole B - 5 cm³ Antinevralgice

Antinevralgic Puternic

Laboratoires CAMUSET, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris

Exclusivitate generală pentru România:
DROGUERIA STANDARD» S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Ionică 8.

AGOCHOLINE Dr ZIZINE

GRANULAT SOLUBIL

(cu sau fără mentă)

Peptonă uscată purificată + Sulfați de magnesie anhidră

COLECISTITELE CRONICE
CONGESTIA FICATULUI

Litiază biliară, Icter și Colemie

DISPEPSII REFLEXE, CONSTIPATIE, MIGRENE, AMETELI, ECZEME, MĂNCĂRIMI } de origină hepato-biliară

POSOLOGIE:

1-3 linguriță de cafea dimineata pe nemâncate, intr'o jumatate de pahar cu apa caldă.

Eșantioane și literatură:

Remineralizare

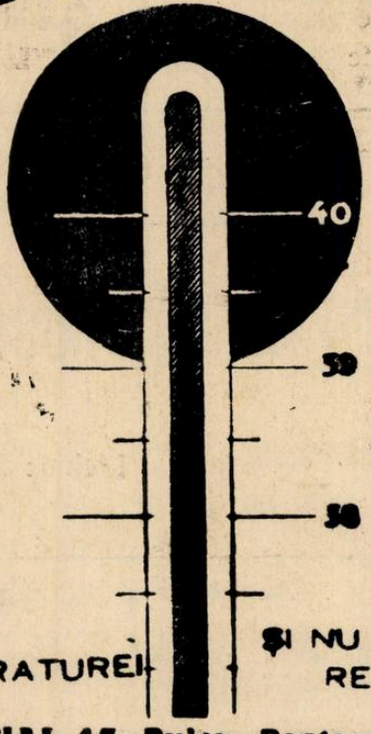
DROGUERIA STANDARD S. A. R. STR. SF. IONICĂ 8. BUCURESTI.

LABORATOARELE Dr. ZIZINE, 24, Rue de Fécamp - PARIS (XIIe)

LA TOATE INFECTIUNILE GRELE, ACUTE...

SEPTICÉMINE

IMPIEDICĂ O REVENIRE A TEMPERATUREI



ȘI NU PROVOACĂ NICI O REACȚIUNE SAU ȘOC.

LAB. CORTIAL 15. Bulev. Pasteur. PARIS

Reprezentanța Generală pentru România, DROGUERIA STANDARD Bucuresti. Str. Sft. Ionică 8.

Neurastenii — Nevroze — Maladii consomptive — **TUBERCULOZA, etc.**

CALCIGENOL

Fosfați de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. Adulți: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 linguriță pe zi.

Pretuberculoză - Tuberculoză - Sarcină
Albuminurie — Hemoragie — Accidente serice
— Toate indicațiunile calciului în general.

HALOCALCION

Clorură de Calciu în stare născândă
(Halogen Clor + Ionul Calciu)
Granule: Adulți, 4—8 linguriță pe zi.
„ : Copii sub 12 ani, jumătate doză.
După 2 săptămâni de tratament se face o săptămână pauză.

Toate formele de TUBERCULOZA
Hemoragii — Anafilaxie

CALCIGENOL

INJECTABIL

(Levulat de calciu)
Fiole: de 2, 5 și 10 cc.
Injectabile intravenos sau intramuscular.

Demineralizare — Fosfaturie — Inapetență — Neurastenie — Maladii consomptive — Sarcină — Alăptare.

PHOSPHARSYL

(Fosfați de Calciu metilarseniați)

Elixir:
Adulți: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2 linguri de desert pe zi.

După fiecare serie de 8 zile, se face o mică pauză

Rachitism **Toate formele de Tuberculoză**
Limfatism — Carii dentare — Creștere dificilă
Sarcină — Alăptare — Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT

(Fosfați de calciu coloidali + Vitamină D.)
Lichid. Adulți: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2—3 linguriță pe zi.

Tuberculoză — Neurastenie — Maladii astenizante - Debilitate — Fracturi — Alăptare — Sarcină

PHOSPHATE DE CHAUX PINARD

(Fosfați de Calciu)

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Debilitate-Cașexie - Creșteri întârziate - Convalescențe cu semne de insuficiență sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză

CALCIGENOL

OPOTERAPIC

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză, Paratiroidă
Granule: 2 — 3 linguriță de cafea pe zi.

Rachitism — Turburări de creștere — Tuberculoză — Alăptare — Fracturi — Anemia limfaticilor

PHOSPHATE DE CHAUX PINARD

IRADIAT

(Fosfat Pinard + Vitamina D.)
Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Eșantioane și literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

Strada Toamnei No. 103, BUCUREȘTI III **Telefon 2.21.38.**

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2, BUCUREȘTI

Anul XVII. No. 11 — 10 Lei Exemplarul — 1 Iunie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ ... SIBIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239.43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. IOAN MINEA şi Dr. ADALBERT LAKATOS: *Tratamentul cu unde scurte în neurologie* . . . 149

Dr. ANGHEL DANIEL: *Sulfamidoterapia* 153

Dr. TH. MOISESCU şi GH. ST. CONSTANTINESCU: *Epilogul unui pneumotorax spontan* 159

Dr. PANĂ THEODORU şi Dr. CAROL PITSCHAK: *Plurotomia în emfizemul grav sufocant consecutiv traumatismului toracic* 160

CRONICI

Prof. Dr. N. SISEŞTI: *Lecţia inaugurală a Profesorului Gh. Niculescu.* 158

Pagina

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Medicina românească sub domnia Regelui Carol I* 163

NOTE PE MARGINEA CĂRŢILOR

Spicuiri pe marginea unei cărţi: „The Surgeon's Case-book", recenzat de Dr. I. Florian 161

REVISTA CĂRŢILOR

J. D. Marchotte et L. Chauvois: Les dessanglées du perinée, recenzat de Prof. Dr. C. Daniel 162

Dr. George D. Vintilă: Istoricul Obstetricei şi Ginecologiei româneşti, recenzat de Dr. Ioanin Lupescu . 162

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Al IV-lea Congres Naţional de tuberculoză; Al doilea curs de perfecţionare şi complectare de clinică şi terapia boalelor de nas-gât şi urechi; Reuniunea Comitetului European de igienă mintală; Dela Societatea internaţională de istoria medicinei 164

Pagina

Cursuri de specializare în Germania; Concurs de medici primari de judeţ; Cea mai bună propagandă; O distincţiune pentru D-rul Al. Crăiniceanu 165

Conferinţa d-lui Dr. Gh. Banu: Demografia şi protecţia copilăriei în Italia 166

Locuri vacante de Inspectori Generali Sanitari la Ministerul Sănătăţei; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei. 167

Analgezic, antireumatic, antipiretic

Novalgin BAYER

Inlocueşte morfina chiar în cazuri grave de colică hepatică şi renală

Administrare per os şi în injecţiuni. In tablete, fiole şi flacoane picătoare.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.86; Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor No. 18, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diferică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor

Transpulmin

Chinină basică şi camfor, solvate în oleuri eterice.

Injecţiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.
«**Transpulmin este o inovaţie** aşa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală». (Prof. G. von Bergman).
In comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole a 1 şi 2 cmc.; flacoane de 15 cmc.

Înlăturarea tusei seci prin

CODERIT

Cedarea promptă a iritaţiei inflamatorii a mucoasei bronchiilor. Uşurarea expectoraţiei. Calmarea centrului respirator.

Compoziţie: Clorhidrat de codeină, clorhidrat de efedrină racemică, alcaloizi totali din rădăcină de **Ipecacuana.**
In comerţ: Tuburi cu 10 tablete.

HORMON SEXUAL MASCULIN

Titrat în unităţi biologice de peşte

TESTOSAN-FORTE

O fiolă conţine **50** unităţi biologice.
Un drageu » **20** » »

In comerţ: Flacoane cu 40 drageuri şi Cutii cu 10 amp.

Pentru tratamentul ULCERELOR GASTRO-DUODENALE

Gerulcin

Soluţie apoasă de clorhidrat de histidină

Ameliorează rapid toate simptomele clinice şi radiologice. Restabileşte capacitatea de muncă şi opreşte hemoragiile oculte.

In comerţ: Cutii cu 6 şi 10 fiole de 5,2 cmc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

„LABORATORUL TION" DR. OERIU
Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21
Telefon 4.59.70 - 4.69 58

In tusea afecțiunilor, laringiene, pulmonare și bronchice, dureri de deglutiție din anghine acute, procese ulcerative ale faringelui și laringelui, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii superioare

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Anestezină 0,03, Fenacetină 0,08, Thimol, menthol, ol. Eucalipt àà 0,015, sachar. alb ad 1 gr. —

Adulți 6—8 pastile pe zi, copii mai puțin după vârstă. Pastila se suge încet, până la terminare. Tub orig. a 25 pastile

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, luminal sin, Na. benzoic, etc.

Adulți: 3 — 4 linguri, copii 3—4 linguriță pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofosfat de Ca. Extr. Kola, strichnin, vin malaga.

Adulți 3 linguri, copii 2—3 linguriță pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăți, etc.
NOU

CEREBROL-Medicis.

Calcium. Brom. Analgesină. Valeriană desodorată, luminal sodic.
1/2 gr. brom pe linguriță.
Doza: 3 linguriță pe zi sau după caz, în puțină apă sacharată.
gust agreabil.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg
Amine ale acidului izovalerianic.
De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.
Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

GUȘE și BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.
Injecțiuni subcutane
rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.
Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.
1 Fiolă la 2—3 zile.

Laxativ și Purgativ
— Substanțe pur vegetale —

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.
Nu produc obișnuință.
Doza laxativă: 1 pastilă seara.
Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.
Cutii orig. a 80 drageuri.

Repr. I. Zelțer — București Str. Profetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele de En-gros de medicamente.

PROLUTON

Schering

Ambalaje noi
3 fiole de câte 2 mg.
3 fiole de câte 5 mg.
3 fiole de câte 10 mg.

Pentru tratamentul cauzal-hormonal al metropatiei hemoragice,

al avortului iminent şi mai ales al avortului repetat, al dismenoreei spastice şi al amenoreei (după tratamentul prealabil cu Progynon) se recomandă de către ginecologi de seamă Proluton preparatul hormonal de corp galben pur, introdus de noi în terapie.

Doza necesară depinde în mare parte de felul turburării şi variază deci dela 2x2 mg. pe săptămână (de ex. la avort repetat) până la 10 mg. pe zi (spre ex. la hemoragii grave). Indicaţiuni mai exacte de dozaj se găsesc în imprimatele noastre întocmite după vastele publicaţii clinice existente. Această experienţă clinică căştigată în ultimii ani ne-a determinat să facem ambalaje noui pentru Proluton. Concomitent s'au micşorat preţurile cu ca. o treime cu începere dela 22 Noembrie anul trecut.

Hormonoterapia cu Proluton era şi până acum într'atât de economică, încât graţie ei s'au putut evita prin relativ puţine injecţii, tratamente terapeutice costisitoare şi de lungă durată, mai ales la metroragii şi la dismenorei rebele. Prin ultima reducere de preţuri

devine şi mai economică terapia cu Proluton

SCHERING A. G., BERLIN

Biroul ştiinţific, Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

Hemostaticul fiziologic

Manetol

Conţine principii activi din măduva spinării

In hemoptizii pulmonare, hemoragii ale cavităţii naso-faringiene, hemoragii intestinale, hemoragii ale căilor urinare. Standardizat biologic. Efect reducător asupra duratei hemoragiilor.

Preventiv Pentru limitarea la minimum a pierderilor de sânge în intervenţiuni chirurgicale.

Cutii cu 5 fiole Manetol + 5 fiole apă dist. steril.
Cutii cu 25 fiole Manetol fără apă dist. steril.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86, Sucursala: »ROMIGEFA« S. A. R., Cluj, Calea Moţilor 18, Tel 37-22

Anul XVII. No. 11 10 Lei Exemplarul 1 Junie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Tratamentul cu unde scurte în neurologie

de Prof. Dr. IOAN MINEA
Directorul Clinicei Neurologice din Cluj
și
Dr. ADALBERT LAKATOS
Asistent al Clinicei Neurologice

Utilizarea undelor scurte (u. s.) ca mijloc terapeutic a avut un larg răsunet în lumea medicală, pentru că arsenalul nostru terapeutic nedispunând în toate cazurile de mijloace suficiente, orice nouă terapeutică este la început încercată la cât mai multe și variate maladii. Astfel și tratamentul cu u. s. s'a aplicat uneori chiar în cazuri foarte grave, deși a priori nu se putea totdeauna conta pe vreun rezultat. In fața acestora s'a pus chestiunea dacă într'adevăr tratamentul a avut rolul terapeutic determinant. Aci adesea nu putem da un răspuns satisfăcător; în Neurologie chiar și cu alte metode terapeutice acesta e un eveniment de toate zilele. Să ne gândim numai la unele dintre afecțiunile sistemului nervos, cum ar fi scleroza în plăci, cu remisiunile ei spontane, ori tabesul cu dispariția spontană a unora dintre simptomele sale, fără nici un fel de tratament; dacă noi intervenim tocmai într'o asemenea perioadă de regresiune spontană, cine poate afirma că terapia noastră a produs efectul ori numai «natura medicatrix». Astfel se citează în literatură cazuri, când s'a încercat să se trateze chiar afecțiuni incurabile cu aceste u. s.; așa de ex. amintim aici că *Hoffman* și *Schliephake* au obținut ameliorări într'un caz de tumoră cerebeloasă,—trepanată și diagnosticată drept inoperabilă — prin iradiațiuni cu u. s. de 4—6 m. lungime de undă, după un an de tratament neîntrerupt. Această bolnavă actualmente are apetit bun, s'a îngrășat cu 10 kgr., funcțiunile sale sfincteriene s'au restabilit, iar vorbirea care consta din sunete nearticulate, acum este fluentă. Scrisul i-a devenit din nou bun, deși înainte deabia putea să-și ridice brațul. Deviația capului a dispărut, încât pacienta îl poate menține din nou drept și în sus. Numai asinergia cerebeloasă mai împiedică mersul ca să fie absolut normal. Autorii nu se îndoesc aici de un efect specific, cu toate acestea au oarecari rezerve și aplică aceste u. s. mai ales la procesele inflamatorii ale sistemului nervos central. In aceeași lucrare, autorii *(Hoffman* și *Schliphake)* citează și alte procese cerebrale grave, așa un focar protuberanțial, un traumatism cranian cu hemiplegie, un proces cerebelos, cari toate au fost favorabil influențate prin tratamentul cu u. s.[1])

Oarecari indicațiuni technice asupra u. s. și unele rezultate terapeutice în cazuri de nevralgii au fost date și în această revistă nu de mult[2]), asfel că noi ne dispensăm de a le repeta.

Datorită cercetărilor lui Schliephake și ale altora, indicațiunile tratamentului cu u. s. sunt azi aproximativ stabilite. Dacă avem în vedere că cele mai bune rezultate se obțin în procesele inflamatorii sau supurative acute, atunci ajungem la concluzia că în Neurologie, u. s. au o indicațiune mult mai restrânsă decât în alte domenii, și că se pot aplica în primul rând la tratarea mialgiilor, neuralgiilor: cazurile acute sunt mai favorabil influențate.

Deoarece afecțiunile neurologice tratate până în prezent cu succes prin u.s. nu sunt prea numeroase, credem că unele dintre cazurile tratate de noi prezintă oarecare interes, ceeace ne-a determinat să redăm aici în mod sumar observațiunea lor clinică împreună cu rezultatele obținute.

In clinica Neurologică din Cluj, unde au fost tratați acești bolnavi, am utilizat un aparat Siemens (Ultraterm) cu lampă, cu lungimea de undă de 6 m, și am recurs la technica și electrozii indicați de Schliephake.

Cazul 1. V. O., de 21 ani, plugar. N'a mai fost bolnav până acum niciodată. Neagă infecțiunile venerice. Nu bea și nu fumează.

Dela 18 până la 30 Septembrie 1936, pacientul a lucrat la culesul porumbului pe câmp. Era un timp rece și îl pătrunsese frigul. La 1 Octombrie a început să simtă dureri în toți mușchii, mai întâiu în coapse, care au devenit foarte sensibile la cea mai mică apăsare. In zilele următoare, durerile s'au accentuat și concomitent a simțit o slăbire a forței musculare, care îl stânjenea la lucru. In a treia zi de boală, a avut și o senzație de amorțeală în jumătatea dr. a vârfului limbii; după câteva zile i-a amorțit toată jumătatea dr. a limbii și a feței care era și deviată spre stânga. Ochiul dr. nu-l putea închide bine. Concomitent i-au apărut furnicături în degetele dela mâni și picioare. Intră în Clinică în ziua a opta zi de boală.

Starea prezentă. Hiperhidroză a palmelor și a tălpilor; staționea unipedă este posibilă numai cu sprijin, mersul este greoiu: în timpul mersului, pacientul e forțat să-și ridice genunchii în mod exagerat, iar degetele dela picior ating solul (stepaj). Nu poate alerga, nici sări. Parezâ facială de tip perferic la dr. Din partea celorlalți nervi cranieni, nmic de remarcat. La rotațiunea și la flexiunea capului constatăm o ușoară rigditate a cefei, care se poate învinge ușor. Mișcările active le execută cu ușurință, numai flexiunea dorsală a piciorului este incomplectă. La mișcările pasive se remarcă o ușoară hipotonie în toate segmentele, mai ales la membrele inferioare, din care cauză și mersul este mai greoiu. Forța dinamometrică: la dr. = 40, la stg. = 35. Toate reflexele osteotendinoase sunt abolite. Reflexele cutanate abdominale inf. sunt deasemenea abolite, cele cremasteriene idem, cele plantare sunt indiferente. La degetele dela membrele sup. și inf. hipoestezie tactilă și termică. Musculatura și nervii periferici accesibili sunt dureroși la presiune. Este afebril. Pulsul: 96 pe minut. Tensiunea arterială = 17—11 V. L. Urina = neg.

La examenul electric al nervilor și al mușchilor, constatăm o diminuare cantitativă a excitabilității electrice. La puncția lombară, tensiunea lichidului c. r. e de 48 la Claude; lichidul e clar; Pandy și Nonne sunt intens pozitive; limfocite = 6 media pe div. Nageotte; reacțiunea cu benzoe coloidal = 1, 2, 2, 2, 0, 0, 0, 2, 2, 2, 0, 0, 0, ..C; albumina = 1,6 gr. la mie; r. W. în lichid și sânge = negativă.

Examenul visceral negativ.

Diagnosticul: Poliradiculonevrită.

Terapie: injecțiuni zilnice cu 0, 001 strichnină sulf. și injecții intravenoase cu salicilat de sodiu + urotropină; ședințe zilnice de u. s. pe coloana vertebrală și concomitent iradiațiuni longitudinale pe membrele inf. Pacientul a primit în total 25 ședințe, fiecare de câte 20 minute, utilizând pentru coloană așa numita «Rückenmarkselektrode» de cauciuc, de 6 x 60 cm. așezată dealungul co-

---

1. *Hoffman* u. *Schliephake.* Kurzwellentherapie in der Neurologie, Münch. Med. Wochschr. 1935, 1939.
2. V. România Medicală, 3 Februarie 1938.

loanei vertebrale. Alți doi electrozi de cauciuc de câte 18 x 27 cm. au fost așezați pe piept și pe abdomen. Iradiațiunile longitudinale s'au făcut cu acești din urmă electrozi, unul fiind așezat în regiunea sacrată, iar celălalt sub tălpile pacientului (acesta fiind în poziție șezândă). S'a iradiat deasemenea și jumătatea dr. a feței. Starea bolnavului se îmbunătățea văzând cu ochii; după 10 zile bolnavul nu mai prezenta stepaj; după alte 7 zile dispăru și pareza facială, mersul a devenit normal și la 6 Noemvrie 1936 bolnavul părăsește Clinica vindecat, cu toate că reflexele sale osteotendinoase n'au reapărut încă.

Cazuri similare de radiculonevrită acută curabilă, cu disociație albuminocitologică în lichidul cefalorachidian au fost descrise mai întâi în 1916, (la Soc. Med. des. Hôp. de Paris), de către *Guillain* și *Strohl).* Sindromul clinic e caracterizat prin turburări motorii, aboliția reflexelor osteotendinoase cu conservarea celor cutanate, cu turburări ușoare ale sensibilității obiective, dureri la presiunea maselor musculare, modificări puțin accentuate ale reacțiunilor electrice ale mușchilor și ale nervilor, hiperalbuminoză foarte notabilă a l c. r. cu absența reacțiunilor citologice (disociațiune albuminocitologică). Acest sindrom pare să fie provocat de o atingere concomitentă a rădăcinilor rachidiene, a nervilor și a mușchilor, de natură probabil infecțioasă ori toxică. El trebuie diferențiat de radiculitele simple, de polinevritele periferice pure și și de polimiosite.

Afecțiunea nu are un prognostic grav și se vindecă relativ repede. S'a spus și poate cu drept cuvânt, că această boală ar putea fi produsă de un agent special, un virus filtrant, care posedă un neurotropism specific. Se pare că după războiul mondial asemenea virusuri au luat o răspândire și o morbiditate deosebit de mare. Noi am observat până în prezent cel puțin 5 asemenea cazuri de radiculonevrite și toate au evoluat mult mai rapid decât celelalte polinevrite, deasemenea și vindecarea lor a decurs mult mai repede. Cu ajutorul u. s. această evoluțiune favorabilă devine și mai rapidă, precum reiese din observațiunea noastră de mai sus. Toată boala a durat 24 de zile și s'a vindecat din p. d. v. funcțional în decurs de 15 zile.

Primul caz al lui *Guillain,* care a fost tratat cu mijloacele obișnuite, s'a ameliorat foarte mult dar abia după un tratament de 2 luni. Precum se vede, e o mare deosebire între rezultatul obținut de *Guillain* și cel obținut de noi. Pacientul nostru s'a vindecat complect în 17 zile. E ușor de înțeles, ce importanță enormă are acest fapt. Trebuie să notăm însă că în cazul nostru nu era vorba de leziuni prea grave ale sistemului nevrvos, ceeace arăta și examenul electric, la care s'au constatat numai modificări cantitative ale excitabilității. Aceasta denotă că era vorba numai de un proces de nevrită periaxilă, care la rândul ei a atins numai câteva segmente ale nervilor. In primul caz al lui *Guillain* exista o «foarte neînsemnată» reacțiune parțială de degenerescență; dar examenul s'a făcut după 15 zile de boală.

Faptul că la părăsirea clinicei, bolnavul avea încă reflexele osteotendinoase abolite, constituia doar un simptom obiectiv fără vreo corespondență subiectivă. Astfel am văzut și mai vechi polinevrite, unde această abolițiune de reflexe a perzistat timp îndelungat, fără nici un inconvenient pentru pacient.

Cazul Nr. 2. A. S., de 24 ani, servitor. Intră în Clinică la 4.XII.1936. N'a mai fost bolnav niciodată, neagă infecțiile venerice. E fumător moderat.

Fiind în contact cu un bou bolnav de turbare, pe la începutul lunei Noemvrie 1936 a venit la Institutul Antirabic din Cluj, unde a primit 20 inj. cu vaccin antirabic, după care a plecat acasă și timp de 2 săpămâni s'a simțit foarte bine. Dela 1 Dec. 1936 însă a început să aibă o senzație de arsură în epigastru. In ziua următoare, arsura a început să iradieze și în spate și concomitent avea amorțeală în membrele inferioare, cărora a început să le scadă apoi și forța, încât în seara aceleiași zile abea putea să mai umble. Senzația de amorțeală s'a întins apoi tot mai sus până la torace, în mod progresiv.

Starea prezentă: Staționea unipedă și mersul sunt nesigure, greoaie, adesea șterge solul cu picioarele, deși poate să facă toate mișcările active cu membrele inferioare în toate articulațiunile. Cu trunchiul face mișcări laterale oscilante în cursul mersului. Alergatul e dificil: saltul uniped e posibil încă. Mișcările active, deși sunt ceva mai greoaie, totuși se fac în limitele normale. Nu se constată hipotonie. Forța flexorilor dorsali ai piciorului e slăbită bilateral. In celelalte grupuri musculare, forța e destul de bine conservată. Reflexele osteotendinoase sunt vii la membrele inferioare, reflexele cutanate abdominale abolite, cele plantare sunt uneori indiferente, alteori se produc în extensiune dorsală, mai ales de partea stângă. Oppenheim e pozitiv de ambele părți, mai evident însă la stg. La plante, hipoestezie tactilă și termică, hipoalgezie. Nu are turburări sfincteriene. La **punctia lombară,** tensiunea lichidului c. r. e 36 la Claude; Pandy și Nonne ușor pozitive; limfocite 200 pe div. Nageotte; albumina 0,35‰; benzoe coloidal = 0, 0, 1, 0, 0, 2, 2, 2, 2, 0, 0,. C. R. W. în lichid și sânge = negativă. Tensiunea arterială = 14—9. (V. L.) Urina = negativă.

Diagnosticul: Paraplegie după vaccinare antirabică.

Terapie: 5 ședințe de u. s. de câte 20 minute, zilnic Electrozi-placă de cauciuc pe piept și electrodul lung (Rückenmarkselektrode) pe coloana dorsolombară. După 3 zile pacientul se simte mai bine, în ziua 6, poate să alerge. Semnul lui Babinski abea se mai schițează. In ziua 9 de tratament, pacientul este sănătos, deși reflexele cutanate abdominale și cremasteriene sunt încă abolite. Controlul lichidului c. r. în ziua 12 arată: Tensiunea = 45; limfocite = 70 pe div. Nageotte; albumina = 0,30‰; benzoe și w. în lichid = negative. La al 3. control al lichidului c. r. (14.I.1937), se constată 30 limfocite, celelalte reacțiuni normale. Reflexele cutanate abdominale și cremasteriene se produc bine bilateral. Nu se mai constată semul lui Babinski. La data de 16.I.1937, bolnavul părăsește Clinica.

Acest caz e cel mai interesant ca rezultat al terapiei cu u. s. S'a obținut vindecarea cu numai 5 ședințe de u. s.

Turburările sistemului nervos, apărute în urma tratamentului antirabic, nu sunt rarități. Forma cea mai frecventă e paraplegia spastică, care se vindecă în general în decurs de 6 — luni de zile. Suntem de părerea că și pacientul nostru ar fi avut aceeași soartă, dacă n'am fi intervenit la timpul oportun cu terapia noastră, de la început. Turburările pe cari le prezenta bolnavul nostru, erau cu siguranță în strânsă legătură cu tratamentul antirabic, căci ele s'au instalat brusc după acest tratament. Pentru această boală nu putem incrimina nici vreo infecțiune tuberculoasă, căci pacientul nostru era de o constituție robustă și nu putem bănui nici alte etiologii, ca sifilis ori vreo intoxicațiune. Reacțiunile meningee pledau în tot cazul pentru o iritație meningeală. Turburările de motilitate și de sensibilitate denotau o afectare a măduvei lombosacrate, în tot cazul fără leziuni destructive.

Există mai multe teorii asupra cauzelor complicațiunilor postvaccinale antirabice. Una dintre ele spune că paraplegia ar reprezenta de fapt o formă ușoară, atenuată de rabie paralitică, alții sunt de părere că ar fi de vină toxicitatea materialului de vaccinare; iarăși alții cred că ar fi vorba de o acțiune toxică a țesutului nervos strein injectat. Cazul nostru în această privință nu ne poate da vreo

OCTINUM

Corp cu unitate chimică - Nealcaloid.

Spasmolitic nou cu un dublu mod de acțiune:

Suprimarea spasmelor:

1) prin relaxarea directă a fibrei musculare netede;

2) prin excitarea simpaticului compensând astfel toate stările de hipermotilitate și hipersecreție datorite hiperexcitabilității parasimpaticului, în domeniul tubului digestiv și al celorlalte organe vegetative, fără a produce paralizia sistemului cholinergic (contrar atropinei!).

In doze mari are o acțiune excitantă centrală — deci nu e narcotic!

Dragee Fiole Lichid Supozitorii

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**

CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ

ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI

în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" **SPECIA** 21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

preciziune; este probabil că şi aici s'ar putea încrimina o acţiune toxică oarecare.

Cazul Nr. 3. B. S., de 32 ani, notar. Pacientul a suferit în copilărie de febră tifoidă, care a recidivat în 1928. Soţia şi doi copii sunt sănătoşi. Neagă bolile venerice. Adesea avea tonsilite. In 1933 şi în Febr. 1936, abces amigdalian. In Martie 1936, din nou fenomene de anginâ cu supuraţii amigdaliene bilaterale care s'au deschis spontan. După o săptămână a putut să-şi vadă de ocupaţie, dar a remarcat că vocea îi e mai nasonată şi mai slabă, avea dificultăţi la deglutiţie şi uneori lichidele îi regurgitau prin nas. Concomitent a avut timp de 4 zile dureri articulare. După 10 zile, diplopie la privirea spre dreapta şi turburări de vedere, precum şi amorţeală în degetele dela picior, în limbă şi buze. Toate acestе simptome s'au ameliorat spontan, fără să dispară însă complect. Cam tot de 2 săptămâni, senzaţie de amorţeală în palme şi plante. De 3 zile i-a slăbit forţa musculară a membrelor. Internat în Clinică la 5 Iunie 1936.

Starea prezentă: Staţiunea bipedă şi unipedă e posibilă numai scurt timp din cauza durerilor. Mersul greoiu, cu caracter stepant pronunţat, şterge solul cu degetele dela picior. Cu bastonul poate merge ceva mai sigur. Alergatul nu este posibil. Motilitatea globilor oculari este bună. N'are diplopie. Vederea = 5/7. Vălul palatin e paretic. Reflexul faringean este păstrat. Vocea e normală. Mişcările active la membrele superioare se fac bine, afară de opoziţia degetului mare cu cel mic, care se face incomplect, mai ales la stg. La membrele inferioare deasemenea toate mişcările active se fac bine afară de flexiunea dorsală a piciorului, care este limitată cam la ½ din amplitudinea normală. Tot aşa e limitată şi motilitatea degetelor dela picior. In decubit dorsal, poate să-şi ridice membrele inferioare, ţinute în extensiune, numai pe scurt timp până la circa 60 cm. Hipotonie a musculaturii membrelor superioare şi mai pronunţată a membrelor inferioare. Rezistenţa musculară este peste tot redusă dar mai ales la extremitatea membrelor, unde sunt atinşi atât flexorii cât şi extensorii. Forţa dinamometrică: la dr. = 80, la stg. = 70. Reflexele osteotendinoase sunt abolite la toate membrele. Reflexele cutanate abdominale sunt diminuate, reflexul cremasterian şi plantar sunt normale. Hipoestezie tactilă şi termică pt. cald la palme şi plante, hiperalgezie şi hiperestezie pentru rece. Uşoare turburări ale sensibilităţii profunde la degetele dela picior. Nervul cubital şi tibial, precum şi masele musculare sunt foarte sensibile la presiune. Temperatura normală. Examenul excitabilităţii electrice: arată numai diminuare cantitativă a excitabilităţi electrice: Contracţiunea idiomusculară este bună. Lichidul c. r.: Tensiunea normală Pandy şi Nonne intens pozitive, limfocite 7 media pe div. Nageotto, albumina 0,80‰, benzoe coloidal pozitiv, W. în sânge şi în l. c. r. negativ. Urina = negativă. Examenul visceral negativ.

Diagnosticul: Polinevrită infecţioasă (postdifterică (?).

Terapie. I-se prescriu injecţiuni zilnice cu sulfat de strichnină şi şedinţe de u. s. de câte 20 minute pe coloana cervicală şi lombară, concomitent şi iradiaţiunea longitudinală a membrelor inf. cu u. s.

La 13. VI, starea bolnavului s'a mai agravat puţin, abia mai poate merge susţinut bilateral, stepajul e foarte pronunţat; forţa musculară a scăzut mult; paresteziile sunt mai accentuate, la alimentare abea mai poate ţine lingura în mână, scrisul e aproape imposibil.

La 23.VI. se suspendă u. s. din cauza defectării aparatului şi sunt înlocuite prin diatermie, în afară de aceasta de 3 ori pe săptămână băi de lumină. Controlul excitabilităţii electrice arată aceeaş stare.

2. VII. Bolnavul se plânge, că starea lui s'a înrăutăţit mult dela sistarea undelor scurte încoace, abea mai poate şedea, nu poate mânca singur, nici nu se poate îmbrăca fără ajutor.

3.VII. Incepe din nou u. s.

8.VII. Apar primele semne de ameliorare, anume poate să se ridice singur din pat, poate sta mai sigur şi poate face 2—3 paşi nesusţinut.

10.VII. Ameliorarea progresează neîncetat. Bolnavul începe să umble cu ajutorul unui baston iar paresteziile încep să cedeze.

13.VII. Mersul nesprijinit se face destul de bine, poate să se plimbe timp destul de îndelungat prin curte, stepajul nu mai e aşa de pronunţat, nu mai are nici parestezii.

16.VII. Mersul e aproape normal. Nu mai are turburări obiective de sensibilitate, nici subiective.

19.VII. Pacientul poate chiar să alerge şi poate sări într'un picior, nu mai are nici-o urmă de stepaj.

23.VII. Părăseşte Clinica, vindecat. La această dată, rezistenţa musculară e normală, idem şi motilitatea activă. Hipotonia musculară a dispărut; reacţiunile electrice sunt aceleaşi ca la intrarea în Clinică, Reflexele osteotendinoase nu se pot produce încă. A primit în total 35 şedinţe de u. s.

Aici era vorba de un caz, care prin mijloacele obişnuite de tratament s'ar fi vindecat într'un interval cel puţin încă odată aşa de lung ca prin u. s. E interesant de notat că după primele şedinţe starea bolnavului s'a mai înrăutăţit, agravare ce s'a mai accentuat după sistarea u. s. apoi a intervenit o ameliorare rapidă. Acest fapt l'am constatat şi în alte cazuri de nevrite ori polinevrite, deşi nu în mod aşa de impresionant. Nu s'a făcut în acest caz nici o injecţie de ser antidifteric.

Se pare că la început am provocat prin iradiaţiunile noastre cu u. s. o adevărată revărsare de toxine asupra nervilor prin vasodilataţiunea provocată în ţesuturi.

Cazul Nr. 4. A. L., de 3 ani. N'a mai fost bolnavă până'n prezent. La 31 Aug. 1936 a început boala ei cu temperatură de 38°, fără alte inconveniente. La 2.IX a început să se plângă de dureri în ceafă, urmate în cursul zilei de o paralizie flască a membrului inf. drept iar în ziua următoare a apărut o paralizie similară şi la membrul sup. drept. I s'a administrat o şedinţă de radioterapie încă în aceeaş zi pe coloana cervico-lombo-sacrată. Bolnava acum avea deja dureri în membrele paralizate. Intră în serviciul Clinicei la 4.IX.1936.

La examenul obiectiv constatăm că fetiţa e de altfel bine desvoltată. Muşchii membrului superior dr. sunt foarte moi la palpare, idem şi cei ai membrului inf. drept. Cu mari sforţări mai poate face mici mişcări din articulaţia umărului dr. In restul articulaţiilor poate să facă destul de bine orice mişcare activă, dar cu sforţări evidente şi cu forţă redusă. Cu membrul inf. drept, abea poate să schiţeze o mişcare de flexiune-extensiune a piciorului. Concomitent se constată şi o diminuare a forţei musculare a ab-şi adductorilor coapsei stângi, care însă permite executarea normală a mişcărilor active. Reflexele osteotendinoase sunt diminuate la stânga şi abolite la dr. Reflexele cutanate abdominale şi plantare se produc bine. N'are turburări sfincteriene. Nu se constată turburări obiective de sensibilitate, dar musculatura membrelor e foarte dureroasă la presiune, în special la membrele inferioare.

Diagnosticul. Poliomielită anterioară acută.

Terapie: Primeşte zilnic iradiaţii cu u. s. pe coloana vertebrală, cu ajutorul electrodului special. In seara primei zile i-se administrează o injecţie intrarachidiană cu ser de convalescent de poliomielită (20 cc.). In lichidul c. r. extras cu această ocazie, găsim: 25 limfocite pe div. Nageotte; 0,22‰ albumină.

5.IX. Incepe să facă mici mişcări active din articulaţia umărului drept, care

în seara precedentă încă nu erau posibile. Primeşte zilnic 6 cc. ser de convalescent intra-muscular. Temperatura începând din prima zi oscilează în jurul a 37,5°.

6.IX. Apar mici semne de pareză şi la membrele de partea stângă. I-se face a doua injecţie intrarachidiană cu ser de convalescent (tot 20 cc.) + 1 cc. Tetrofan. In 1 c. r. extras: 68 limfocite, albumina = 0,30‰.

Pacienta primeşte apoi 3 zile succesiv câte 20 cc. ser de convalescent intra-muscular. Temperatura a scăzut la normal. Tratamentul e bine suportat. La examenul electric practicat în a 12-a zi de boală, se constată reacţie parţială de degenerescenţă la muşchiul quadriceps femural drept şi la grupul peroneal drept.

8.IX. Ameliorarea mişcărilor braţului drept şi dispariţia parezei membrului inferior stâng.

12.IX. Incepe să facă mici mişcări active din articulaţiunea coxo-femurală dreaptă.

20.IX. Incepe să umble sprijinită. Mecanoterapie (mişcări pasive, masaj), şedinţe de radioterapie pe coloana vertebrală. I-se aplică şi un aparat ortopedic de contenţiune, care combate defectul creat prin hipotonia membrului inf. drept şi insuficienţa flexiunii dorsale a piciorului, în aşa fel încât bolnava poate să umble nesprijinită. Motilitatea membrului superior drept revenită la normal.

12.XI. Părăseşte Clinica. Poate merge binişor nesprijinită.

A primit în total 59 şedinţe u. s.

Cazul Nr. 5. E. C. Elevă, de 19 ani. In copilărie variolă.

Menstruată la etatea de 14 ani, epocele catameniale regulate până la boala actuală, de atunci amenoree. Intră în Clinică la 17.XII.1935.

Boala actuală a început înainte cu 5 săptămâni, cu dureri de cap şi de gât, care s'au accentuat din zi în zi, apoi a apărut o rigiditate a cefei şi diplopie. Temperatură între 37—37,5°. După 7 zile, cefaleea a mai cedat, dar i-a apărut o rachialgie, mai ales lombară, cu dureri iradiante în membrele inferioare, ce se accentuau din zi în zi şi apoi au devenit continue. Din ziua 10-a de boală, nu mai putea umbla şi după o altă săptămână, nu mai putea face absolut nici-o mişcare cu membrele inferioare, care erau în acelaş timp complect amorţite. Inainte cu 2 săptămâni a apărut o uşoară ameliorare a motilităţii şi a sensibilităţii.

La 8.XI. Este transportată într'un spital din provincie, unde din prima zi i-s'a instalat o retenţie de urină, încât a trebuit să fie sondată zilnic. Constipaţie.

Starea prezentă: Musculatura membrelor inferioare e flască la palpare. Pielea membrelor inferioare e uscată, unghiile sunt friabile. Dacă şade cu membrele inferioare atârnate, după scurt timp acestea se cianozează. La membrul inferior stâng poate schiţa o flexiune plantară a piciorului şi o adducţiune uşoară a coapsei. La membrul inferior drept, mai poate face cu greutate şi o uşoară flexiune din genunchi. Nu poate şedea, căci la flexiunea coapsei are dureri mari. In mod pasiv, toate mişcările se pot face cu uşurinţă, dar numai până la jumătatea excursiunei normale, căci în acest moment îi apar dureri mari în musculatură. Reflexele osteotendinoase sunt abolite la ambele membre inferioare; reflexele cutanate abdominale superioare sunt bune, cele mijlocii sunt diminuate, iar cele inferioare abolite. La membrele inferioare, nu există nici-o forţă musculară. Reflexul cutanat plantar este indiferent. Ca turburări obiective de sensibilitate, găsim numai o hipoestezie vibratorie la membrul inferior stâng dela genunchi în jos. Musculatura membrelor inferioare, inclusiv a feselor, e foarte dureroasă la presiune, mai ales la nivelul gambelor. Subiectiv se plânge în afară de impotenţa funcţională a membrelor sale inferioare, de dureri continue dealungul coloanei vertebrale, mai ales în regiunea lombară şi pe faţa anterioară a membrelor inferioare. Organele interne toraco abdominale: nimic patologic. Sfincterele: retenţie de urină şi de fecale. Temperatură normală. La măsurarea circomferinţelor membrelor inferioare, constatăm că la dreapta ele sunt mai reduse ca la stânga. Temperatura locală arată de ambele părţi o hipotermie, aşa de ex. pe coapsă bilateral e de 33°, la gambe de 31°, pe dosul piciorului e de 27°. La membrele inferioare, la coapsă contracţiunea idiomusculară se obţine numai la vastul extern, pe când la restul musculaturii e abolită. Nervul crural drept reacţionează numai la excitarea cu un curent faradic şi galvanic puternic Cel stâng nu reacţionează nici la maximum de farad şi deasemenea nici la o intensitate de 20 m. A. galvan. Muşchii abdominali sunt inexcitabili. Nervii şi muşchii gambelor şi cea mai mare parte din muşchii coapsei prezintă reacţiuni de degenerescenţă de diferite grade. Bolnava are o hiperalgezie pronunţată. Urina: urme de albumină şi puroi; zahărul = negativ. Psichicul este normal.

Punctia lombară: Lichid clar, tensiunea normală Pandy şi Nonne opalescente; Limfocite: 4 div. Nageotte; albumină = 0,40‰; Wassermann în sânge şi lichid = negativ.

Terapie: La 19.XII primeşte o şedinţă de u. s. pe coloana lombo-sacrată şi alternativ şi iradiaţia longitudinală a membrelor inferioare. I-se administrează şi 1 cc. de ser antitriptic subcutanat + 0,001 strichnină sulf. Este sondată de 2 ori pe zi.

21.XII. A doua şedinţă de u. s. In aceeaş zi, emisiune spontană de urină şi de scaun. La o săptămână după instituirea acestui tratament, bolnava îşi poate flecta membrele inferioare din genunchi până la 90°, le extinde însă ceva mai dificil. Tot aşa poate să facă mici mişcări din articulaţiile tibiotarsiene şi ale degetelor. Şi adducţiunea coapselor se face ceva mai bine. După o întârziere de 4 săptămâni, i-a revenit şi menstruaţia.

La 2.I.1936, poate sta câteva clipe, sprijinită de 2 persoane: poate face chiar câţiva paşi greoi. Stepaj foarte pronunţat. N'are nici-o turburare sfincteriană.

11.I. Bolnava poate sta nesprijinită; cu sprijin poate face cam 20 paşi. Ameliorarea progresează din zi în zi. Nu mai are dureri spontane. Primeşte zilnic un uşor masaj pe membrele inferioare, care nu mai sunt aşa de dureroase la presiune.

19.I. Mersul este, pe zi ce merge, tot mai bun. Pacienta urcă scara la etajul Clinicei cu sprijin.

1.II. Toate mişcările se execută din ce în ce mai bine, numai flexiunea dorsală a piciorului nu este încă posibilă. Merge singură, sprijinindu-se de un scaun.

8.III. Poate merge nesprijinită, prin curte. Incepe să facă o mică mişcare de flexiune dorsală a piciorului. Stepajul încă vizibil.

14.IV. Umblă ore dearândul prin oraş, fără să obosească într'un mod deosebit.

31.IV.1936. Bolnava părăseşte Clinica. Reflexele osteotendinoase sunt încă abolite la membrele inferioare. Flexiunea dorsală a piciorului este încă incomplectă, dar stepajul nu mai este aşa de pronunţat. Rezistenţa musculară a membrelor inferioare reprezintă deja cam 50% din forţa normală. Şedinţele de u. s. au fost de câte 20 minute, cu electrozi-condensatori, unul de 20 cm. pe piept, iar altul de 10 cm. pe spate, pe coloană, în dreptul umflăturii lombare a măduvei. In timpul radiaţiunii, bolnava semnala o senzaţie plăcută de căldură în membrele inferioare. Chiar şi starea generală a bolnavei s'a ameliorat considerabil, din zi în zi. La plecare, se mai constată neînsemnate reacţiuni parţiale de degenerescenţă la muşchii gambelor.

In cazul IV era vorba de o evoluţiune tipică de *poliomielită acută anterioară*. Este cunoscut, că la această boală uneori survin ameliorări însemnate, dar că la cei mai mulţi bolnavi rămân diferite sechele paralitice, ce nu se mai pot influenţa apoi prin nici un fel de tratament.

Pacienta a mai primit şi câteva ira-

Antisepticul chimioterapeutic

Rivanol

pentru pansamente în adâncimea și suprafața plăgilor. Contra tuturor cocilor supurativi.

In procese infecțioase și supurații localizate, injecțiuni circulare, irigațiuni și tamponări.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

Prezentațiune: Substanță, tablete, pudră,

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. București I, Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moților 18, Tel. 3-722.

NEUROSEDATIVUL CU ACŢIUNE CONSTANTĂ

GRANULE

Anemoton

„GAMMA"

ELIXIR

ANEMIE

LIMFATISM

SURMENAJ

Ulmara

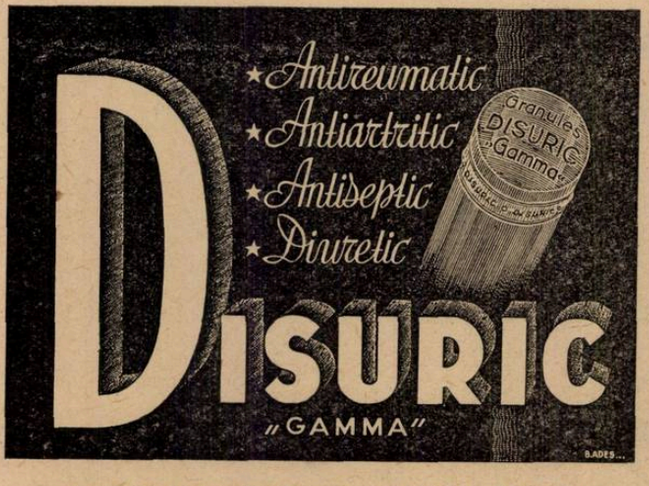
„GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDĂ

ANTIREUMATIC

ANALGETIC

REVULSIV



DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC

BADIJONAJ GARGARĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

diaţiuni cu R. X., dar suntem de părere că acestea nu i-au putut influenţa ameliorarea. Tot aşa nu putem spune, care a fost partea u. s. în ameliorarea acestui caz, nici care a fost partea revenită serului de convalescent.

Cazul V avea aerul unei polinevrite grave: primul semn evident de ameliorare a fost dispariţia retenţiei urinare. Alte consideraţiuni asupra rolului revenit fiecărui mijloc terapeutic în evoluţia boalei, nu pot fi destul de ferme. Avem însă impresiunea, că timpul de tratament ar fi durat în absenţa tratamentului cu u. s. cel puţin dublu până la obţinerea rezultatului.

* * *

Iată şi o mică statistică rezumativă despre cazurile tratate de noi în anii din urmă. In total am tratat 58 cazuri cu u. s. Dintre acestea, 13 erau sciatalgii vechi, dintre cari numai unul s'a ameliorat, în timp ce 6 cazuri recente au reacţionat foarte prompt şi favorabil la tratamentul cu u. s. Un caz de paralizie facială s'a vindecat după 5 şedinţe, în timp ce 5 cazuri de scleroză în plăci, un caz de siringomielie, un caz de morbul lui Pott, 2 cazuri de sindrom solar, 2 de arachnoidită spinală, un caz de hemipareză dr. cu uşoară disartrie, 2 cazuri de dureri tabetice, un caz de tumoare hipofizară, n'au putut fi influenţate deloc prin u. s. S'a mai vindecat un caz de radiculită, 5 de polinevrită; între cari 2 de poliradiculonevrită; au fost ameliorate 3 cazuri de dureri *tabetice*, un caz de arachnoidită spinală.

Din observaţiunile noastre reiese că u. s. reprezintă o metodă de fizioterapie foarte eficace în unele cazuri neurologice. Indicaţiuni speciale ar fi cazurile recente de nevralgii şi polinevrite. In toate aceste cazuri se obţine o reducere însemnată a timpului de tratament: *în special în polinevrite se reduce acest timp cam la o treime, ceeace ni se pare extrem de important şi din punct de vedere economic.*

Un alt caz, care merită o atenţiune deosebită, este cel cu paraplegia post-vaccino-antirabică. După literatura cercetată de noi, acesta este unicul caz, care a fost tratat prin u. s. şi la care vindecarea s'a obţinut într'un timp extraordinar de scurt, tratamentul a aplicat având rezultatul unui adevărat tratament abortiv.

SULFAMIDOTERAPIA

de **Dr. ANGHEL DANIEL**

Paralel cu metodele pastoriane de tratament — seroterapia şi vaccinoterapia — contra boalelor infecţioase, chimioterapia bacteriană a realizat, în ultimii ani, progrese considerabile

In acest domeniu, vom menţiona, că, în afară de alţi agenţi chimici, *Sulful*, introdus, în moleculele organice, în stare de mai multe funcţiuni diferite, poate conferi acestor molecule o puternică acţiune bactericidă *în vivo*.

Pe temeiul acestor constatări generale, chimia sintetică a reuşit să fabrice o serie de compuşi organosulfuraţi, întrebuinţaţi cu succes în terapeutica curentă, şi contribuind, astfel, la creiarea unei noui ramure a chimioterapiei antiinfecţioase: *Sulfamidoterapia*.

Adoptarea, întinderea surprinzător de repede şi, mai ales, succesele sulfamidoterapiei în practica medicală universală, faţă de timiditatea aplicării ei, pare-se, în practica românească, ne îndeamnă să încercăm o punere la punct a acestei chestiuni, mărginindu-ne numai la latura pur practică.

I

Istoric. — Evoluţia ideilor asupra sulfamidoterapiei.

Până la fixarea şi expunerea ideilor în curs, vom reda, în mod succint, etapele scurte străbătute în ultimii 2—3 ani.

A. — *Consideraţiuni preliminare.* — De mai mult timp, diferiţi coloranţi azoici: pirydium, neotropina, sereniu, crysoidina etc., au fost obiectul de căpetenie al preocupărilor bacteriologilor şi experimentatorilor, fără a se fi izbutit ca aplicaţiunile practice a acestor produse în chimio-terapie, să fie active, deşi unele dintre ele aveau proprietăţi antiseptice necontestate *in vitro*.

1. Până în 1932, când doi chimişti germani *Mietzch* şi *Klarer* au reuşit să prepare un nou colorant azoic, de astădată cu introducerea sulfului în molecula organică, grupul sulfamido în poziţie para: *sulfamido - crisoidina* (exact, clorhidrat de 4— sulfamido 2', 4, — diamino — arsobenzol), comercializat şi cunoscut sub numele de *Prontosil* (sunt două forme: insolubilă şi solubilă).

2. Trei ani mai târziu, acest produs a fost experimentat de *Domagk* (1) (1935), primul, căruia îi revine meritul, de a fi arătat acţiunea şi valoarea terapeutică a sulfamido-chrisoidinei, în streptocociile erperimentale la şoareci, confirmate de *Levaditi* şi *Waisman* (1935 (Presse Médic. 25 décemb. 1935) şi de alţii în 1936—1937, *Hörlein, Colebrooh* şi *Kenny, Long* şi *Bliss*.

3. Concomitent cu apariţia noului produs german, s'a fabricat în Franţa similarul, echivalentul lui molecular — *Rubiazol*, — care este tot o sulfamidocrisoidină, (exact, un carboxy — sulfamidocrisoidină), bucurându-se de aceleaşi proprietăţi antistreptococice ca şi cel dintâiu.

4. Ambele produse *Prontosil* şi *Rubiazol* sunt substanţe azotice, intens colorante, care colorează nu numai urina, ci şi tegumentele şi mucoasele, ceeace în clinică este o mare piedică, în unele împrejurări, precum vom vedea.

5. Se înţelege uşor că aplicaţiunile în practica medicală n'au întârziat să se producă; dovadă este impunătoarea literatură (2) şi rezultatele obţinute cu ajutorul acestor medicamente în diferitele infecţiuni şi procese datorite streptococului.

6. Intre timp (1936—1937), continuarea cercetărilor chimice, experimentale şi clinice au dovedit că, în afară de *Prontozil* şi *Rubiazol*, primii derivaţi organosulfuraţi şi coloranţi azoici descoperiţi, mai sunt şi alţi compuşi organici ai sulfului, în stare de mai multe funcţiuni diferite, după cum am spus, cari posedă, şi ei, proprietăţi terapeutice antistreptococice sau antimicrobiane «*in vivo*» ce merită a fi luate în consideraţie, după expunerea de mai jos, la capitolul agenţilor medicamentoşi în sulfamidoterapie.

B. — *Consideraţiuni chimice şi biologice experimentale.*—Când, din punctul de vedere teoretic şi practic, s'a cercetat explicaţiunea şi pătrunderea mecanismului acţiunii Prontozilului şi Rubiazolului, contra diferitelor infecţiuni «*in vivo*», autorii francezi *Mme* şi *J. Trefouël, Nitti* şi *Bovet* (3), în laboratorul lui *Fourneau*, dela Institutul Pasteur din Paris, au făcut o descoperire de o însemnătate capitală (Noembrie 1935), care se poate sintetiza în următoarele concluziuni:

1. *Sulfamido-crisoidina* cu derivaţii săi *Prontozil* şi *Rubiazol*, — nu sunt în realitate, din punctul de vedere chimic, decât derivaţii complexi al unui *alt compus benzenic sulfurat mai simplu: para-amino-fenil-sulfamida sau corpul 1162 F*, cum a fost denumit, mai pe scurt, şi studiat de sus-numiţii autori.

2. Cu alte cuvinte, din punctul de vedere chimic, *para-amino-fenil-sulfamida este nucleul fundamental*(4), *esenţial*, pe laturile căruia se înserează elementele azoice pentru a da naştere Prontosilului şi Rubiazolului, precum se pot însera şi alte elemente, pentru

---

1. *Domagk:* Ein Beitrag zur Chimtoterap. der Bakt. Infekt. Deutsohe Med. Woch., 1935, 7, p. 250.

2. N'am dat în acest articol decât referinţele esenţiale, pentru o documentare exactă şi precisă.

3. *C. R. Soc Biol. 120, 756. 1935.* — Aceiaşi : Le mode d'action du p. amino-phényl-sulfamide et les dérivés azoiques dans les sept. exp. 3treptoc. Presse Méd., 5 Juin, 1937.

4. *Fourneau* şi colab. săi, au pornit, dela acest nucleu, şi au parvenit să prepare 130 de derivaţi, dintre cari, 46 au prezentat o acţiune efectivă. C. R. Soc. Biol, 1936, p. 258.

a produce derivaţi incohori (Septazina).

4. Aceeaşi autori au demonstrat că para-amino-fenil-sulfamida sau 1162 F. constitue un progres chimico-terapeutic important: posedă proprietăţi energice antistreptococice «in vivo» (1) precum şi alte proprietăţi bactericide polivalente, pe care, la rândul ei, ea, le conferă fie derivaţilor săi azoici, — Prontosil şi Rubiazol,—fie derivaţilor ei incolori, — Septazina, — etc., sau acolo unde ea intră în constituţia lor moleculară.

5. In cazul acesta, autorii francezi, mai sus numiţi, şi-au pus întrebarea, dacă aceşti derivaţi coloranţi azoici — Prontosilul şi Rubiazolul,—şi incolori— Septazina — primii descoperiţi, cu o formulă chimică atât de complicată, sunt activi prin ei înşişi sau, *din potrivă, numai prin intermediul lor de descompunere, adică prin intermediul nucleului lor fundamental, care este para-amino-fenil-sulfamida sau 1162 F., şi care ar fi singura porţiune moleculară activă, dotată de proprietăţi bactericide efective in vivo.*

C. — *Rezultatele experimentale şi clinice.* — Experienţele făcute pe animale, precum şi cercetările clinice la om, au confirmat părerea din urmă, pe baza dovezilor de ordin bactereologic (2) şi experimental şi pe baza dovezilor de ordin fizio-patologic.

Substanţele sulfo-benzenice azoice — Prontosil şi Rubiazol — sau incolore Septazina, — introduse în organism per os (sau parenteral), sunt reduse în tubul digestiv; moleculele lor se scindează, iar nucleul lor *de bază para-amino-fenil-sulfamida sau 1162 F., se separă, devine liber, printr'un proces particular de tăietură sau de clivagiu molecular.*

Căci, după absorpţiunea (după 4 ore) (3) Prontosilului, Rubiazolului şi Septazinei, se constată, atât la animale cât şi la om, apariţia para-amino-fenil sulfamidei — în sânge (4), în ţesuturi, în lichidul cefalorachidian, în lapte, în urină, în diferite humori sau exudate (pleurale, peritoneale, secreţiunile uterine, etc.).

4. In concluziune, acţiunea anti-bacteriană «*in vivo*» a coloranţilor azoici. (Prontosilul şi Rubiazolul), şi incolori (Septazina), este exclusiv *datorită numai nucleului lor esenţial: para-amino-fenil-sulfamida sau 1162 F., singura porţiune moleculară activă, dotată de proprietăţi bactericide efective, după* cum am spus, şi a căror porţiune azoică nu este indispensabilă (1).

5. Aceasta este concepţiunea generală admisă de majoritatea autorilor în Franţa, după *Fourneau, Trefouël, Nitti, Bovet, Mayer, Kellner, Fabre,* etc. în Anglia, de *Collebrook, Buttle* şi *O'Meara*(2), *Gray* şi *Stephenson, Fuller,* etc.; în America, de *Long* şi *Bliss,* etc., cu excepţia lui *Gley* şi *Girard* (3), în Franţa, a lui *Domagk,* în Germania, cari, recunoscând scinderea moleculară a Prontosilului, Rubiazolului şi Septazinei în organism şi eliberarea unei anumite cantităţi de para amino-fenil-sulfamida, atribuesc, totuşi, *şi elementelor pur azoice a activitate specifică.*

II

Agenţii medicamentoşi în Sulfamidoterapie — Sulfamidolul. —

Prin introducerea sulfului în moleculele organice, sub funcţiuni diferite, chimia sintetică, îmbogăţind arsenalul chimioterapic, a reuşit să fabrice, după cum am spus, o nouă serie de derivate organosulfurate, cu proprietăţi bactericide inegale «*in vivo*».

Pentru mai multă claritate şi uşurinţă, iată cum s'ar putea clasa, în faza actuală a ştiinţei, noile derivate organo-sulfurate, în următoarele grupe:

1. Grupa *sulfamidelor,* cu următoarele subdiviziuni: sulfamidele propriu zise, tip 1162 F., sau para-amino-fenil-sulfamida cu derivaţii săi: derivaţii azoici (Prontosil şi Rubiazol), derivaţii incolori (Septazina), disulfamidele (tip D. B. 90) şi, în sfârşit, ultimul compus apărut: *sulfamidolul* (para-amido-benzol-sulfamida, la bază). Vom mai adăoga că para-amino-fenil-sulfamida poate fi combinată cu piridina, constituind corpul 693, în curs de studiu.

2. Grupa *sulfonilor,* tip 1399 F., sau para-diacetil-diamino-difenil sulfon, sau *Rodilon (Buttle, Fourneau,* etc), comercializat şi intrat în practica medicală.

3. Grupele *sulfoxizilor* (Girard), grupa *sulfurilor* şi *disulfurilor (Fourneau, Gley* şi *Girard),* şi grupa acizilor para-acetil-amino-benzen-sulfonic şi para-acetil-amino-*tiofenol (Girard),* necomercializate.

4. Astfel că, după *Fourneau,* se cunosc astăzi aproape 8 medicamente cu proprietăţi antistreptococice sau bacteriene «*in vivo*».

5. Unii dintre aceşti compuşi sunt polivalenţi, adică sunt activi contra mai multor varietăţi de microbi, dintre cari numai 2 sunt cel mai eficaci, 1162 F. asociat sau nu cu piridina, 693, şi *sulfamidolul,* precum vom vedea la capitolul indicaţiunilor, iar alţii sunt activi numai pentru un singur soi de microbi, fără a conferi imunitatea.

A.—*Principalele medicamente sulfamidate în practica medicală.*—Dintre produsele organo-sulfurate, mai sus enumerate, cele mai importante, mai active, mai eficace şi mai întrebuinţate în practica medicală, şi pe care practicianul trebuie să le cunoască, fac parte din grupa sulfamidelor propriu zise, adică, acele substanţe care conţin radicalul SO^2NH^2 (1), de unde a izvorât noua metodă de chimioterapie: *sulfamidoterapia,* al cărui viitor, este legat de progresele chimiei sintetice.

1. Prototipul medicamentelor din această grupă îl formează nucleul fundamental al sulfamidelor, — para-amino-fenil-sulfamida sau 1162 F., — comercializat în diferite ţări sub multiple apelaţiuni, denumit *sulfanil-amida* în America, *sulfonamida* în Anglia. Reamintim în treacăt, întinderea generalizată pe care a luat-o întrebuinţarea acestui medicament în practica medicală universală, pentru care numai, în America, se consumă peste două tone lunar, precum iarăşi reamintim lucrările impunătoare, bibliografia copioasă asupra întrebuinţării acestui medicament precum şi a derivaţilor săi în Sulfamidoterapie.

B.—*Sulfamidolul.*—Ultimul apărut în această serie a sulfamidelor, vecin molecular imediat al para-amino-fenil-sulfamida, sau 1162 F., este *Sulfamidolul:* un paramido-benzol-sulfamidă, la bază, după cum este comercializat şi intrat în practica medicală.

1. *Sulfamidolul* este dotat de aceleaşi proprietăţi farmacodinamice ca şi 1162 F., cu deosebire că el este mai eficace, mai difuzibil şi lipsit de toxicitate, astfel că preparat în mod special şi prezentat sub forma de comprimate pe cale bucală, 0,25 cgt., — se prescrie în doze dela 6—10 comprimate pe zi, la fiecare 3 ore câte 2 comprimate. Fracţionarea dozelor, repetate în cantităţi mici, propuse pentru întâia oară în sulfamidoterapie, are avantajul de a nu produce nici cel mai mic incident sau intoleranţă.

2. *Sulfamidolul este un energic antimicrobian polivalent «in vivo»:* antistreptococic, antimeningogic, antigonococic, antipneumococic, etc. Se pare a fi un energic şi un *specific intern pro-*

---

5. *I. M. Trefouël, Nitti et Bovet:* Activtié du p.anino phënyl-sulfamide sur les infect. streptoc. dela souris et du lapin. C. R. Soc. Biol., 1937, p. 756.

2. *Ed. Hoare:* Modif. bactéricides produites dans le sang et le serum humain par la sulfamido-chrysoidine et la sulfonimide (The Lancet, 19 Mars, 1938).

3. *Kellner:* Étude sur l'élimination de la sulfa. mido-chrysoïdine Thése, Paris, 1936. *Fuller:* Is pe anino-benzen-sulfonamide the actif agent in Prontosil therap. (The Lancet, 23 jan., 1937, p. 94). — *Von Kennet şi Schmidt:* Permeabilitatea barierelor sanguo-ichido-cefalo-rachidian pentru sulfonamida; Klinische Woch. No. 5, 4 feb. 1939, No. 150.

I. I. et I. *Trefouël, Nitti, Bovet:* Le mode d'action du p-amino-phényl-sulfamide et de ses dérivés azoïques dans les septicémies expér. Presse Médic. 5 juin, 1937. C. R. soc. Biol. 1937, *120,* p. 755.

2. The mode of action of. p-amino-benzene sulphonamide and Prontosíel in hemolyti strep. *infect. (The Lancet, 1935.*

3. *Gley et Girard:* Sur le mécanisme de l'action anti-strept. dela sulfamido chrysoïdine. (*Presse Méd.* Nr. 73, 11 sept. 1937, p. 1921).

1. *Goissedet, Despois, P. Gailliot et R. Mayer:* De l'action du radical Sulfamide So^2 NH^2 sur l'infect, strept. exper. chez la souris. C. R. Soc. Biol. 1936, p. 1682.

PIPÉRAZINE MIDY

(Granulată efervescentă)

ANTI-URICUL TIP

THIODÉRAZINE MIDY

(injectabilă fiole 5 cc.)

TRATAMENT GENERAL AL REUMATISMULUI CRONIC

THIODACAÏNE MIDY

(fiole 20 cc.)

TRATAMENT LOCAL AL DURERII REUMATICE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
(Suisse)

Noua Chimioterapie anti - infecţioasă polivalentă
pe cale bucală

Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID

Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE

Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei

Complicaţiuni

STREPTOCOCIE

Erisipel — Infecţiune puerperală post - partum şi post - abortum
Angină strepto - difterică — Pleuresia purulentă

STAFILOCOCIE — PNEUMOCOCIE — MENINGOCOCIE
COLIBACILOZA - STARI INFECŢIOASE CRIPTOGENETICE

POSOLOGIE

Adulţi :	6 —10 comprimate pe zi
Copii de 5 – 12 ani :	3 — 5 „ „ „
„ „ 2 – 5 „ :	1 — 3 „ „ „
Sugaci :	1/2— 1 comprimat „ „

PREZENTARE: Cutie cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III
Telefon: 2.11.78.

vizoriu necontestat al gonococului, ţinând seamă de rezultatele pozitive obţinute contra infecţiunei gonococice, mai ales în blenoragie.

In rezumat: principalii agenţi medicamentoşi ai arsenalului sulfamidoterapic, şi pe care practicianul trebue să-i cunoască, pentru o discriminare raţională, după indicaţiuni şi împrejurări, sunt: (a) para-amino-fenil-sulfamida sau 1162 F., simplu ori combinat cu piridina sau corpul 693; (b) derivaţii săi azoici coloranţi — (Prontozil şi Rubiazol); (c) derivaţii incolori (Septazina); (d) disulfamidele. (Uliron); şi însfârşit (e) *sulfamidolul* cel mai difuzibil, mai eficace şi lipsit de toxicitate, agent polivalent «in vivo» contra mai multor infecţiuni diferite.

C.—*Calea de introducere a medicamentelor sulfamidate.*—In general, sunt mai multe căi de introducere în organism a medicamentelor sulfamidate. Cea mai simplă, mai comodă şi mai practică este: a) *calea bucală*, universal adoptată, pentru toţi agenţii medicamentoşi *din grupul sulfamidelor;* b) *calea parenterală*, intramusculară, sub cutanată şi intravenoasă este mai rar întrebuinţată, atunci când prima nu este posibilă. Calea parenterală nu atrage o concentrare mai mare de medicament în sânge (1) sau ţesuturi, ritmul absorpţiunei şi eliminării este acelaş. In general absorpţiunea, pe cale bucală, se face în patru ore. Medicamentul trece repede în sângele circulant, este repartizat în diferitele ţesuturi sau umori şi eliminat în 48—72 ore. c) *Calea locală:* în vederea punerei în contact direct a medicamentului cu focarul infecţiunei, în cavitatea cefalo-rachidiană, procedeu de administrare întrebuinţat în tratamentul meningitelor, precum vom vedea; d) *căile excepţionale:* intra-articulare (artrita gonococică, intrapleurale, etc.) în fine, *căile asociate:* bucală şi parenterală sau bucală şi locală (şi intrarachidiană). Agenţii medicamentoşi sulfamidaţi, pentru administrarea pe cale parenterală sau locală, sunt în genere, soluţiuni de concentraţiuni diferite după indicaţiunile clinice.

D. — *Modul de actiune.*—Mecanismul după care sulfamidele se opun desvoltărei steptococilor sau altor microbi *in vivo*, rămâne încă învăluit în mister.

Sunt două ipoteze care ar putea explica această curioasă proprietate a unor substanţe *chimice inactive in vitro, dar active numai in vivo, contra diferiţilor germeni:*

1. Sau stimularea forţelor defensive ale organismului atacat, prin exaltarea proprietăţilor bactericide naturale ale sângelui, împiedicând incapsularea germenilor şi neutralizând leucocidina şi emolizina, ceeace ar favoriza acţiunea fagocitozei *(Levaditi* şi *Weisman)* (1), acţiune antimicrobiană şi antitoxică.

2. Sau a doua ipoteză, mai logică şi conformă cu ideile în curs asupra acţiunei agenţilor chimio-terapici, revenind la vechea concepţie al lui Erlich, şi, anume, la acţiunea directă a substanţei chimice asupra germenilor.

In favoarea acestei ipoteze, Mayer,(2) împingând mai departe analiza proceselor fiziologice, crede că para-amino-fenil-sulfamida, fiind în realitate vectorul activităţii în sulfamido-crizoidină (Prontosil şi Rubiazol), ea nu este la rândul ei, *decât o etapă intermediară la formarea unui alt corp, în cursul reacţiunilor ineluctabile, care, el singur, lucrează direct asupra microbului «in vivo» şi care pare a fi p. — hidroxil-amino-benzen-sulfamida*, substanţă instabilă şi produsă treptat până la focarul microbilor, extrem de activă *«in vitro»* asupra streptococilor, de 100 de ori superioară para-amino-fenil-sulfamidei sau 1162 F.

In orice caz, puţin importă teoria, faptul concret, brut, rămâne în picioare: acţiune germicidă *«in vivo»* necontestată a nucleului fundamental al sulfamidelor: *para-amino-fenil-sulfamida şi al echivalentului său sulfamidolul.*

E.—*Accidente şi incidente. Intoleranţe.*—In prima fază de şovăire, când nu se fixase cu preciziune dozele optime şi dozele toxice ale sulfamidelor, s'au înregistrat unele accidente şi incidente datorite cantităţior prea mari de medicamente introduse în organism, sau care depăşeau normele fiziologice, după vârste şi afecţiuni.

In general, dintre agenţii medicamentoşi cel mai puţin toxic, pare a fi *Sulfamidolul*, prescris la doza de 2 grame până la 2½ grame pe zi, fără a se observa nici cel mai mic incident neplăcut.

Lăsând la o parte neajunsurile banale provocate de orice medicament în general, fie prin depăsirea dozelor fiziologice, fie prin intoleranţele individuale, la diferitele medicamente sulfamidate, se pot clasa incidentele şi accidentele în modul următor:

a) *Incidentele banale comune*, în raport cu susceptibilităţile indivizilor: anorexie, turburări gastrice, ameţeli, cefalee, etc.; b) *incidente importante:* astenie, eriteme şi eruptiuni morbiliforme generalizate sau localizate, (3), etc.

c) *Accidente serioase:* datorite dozelor toxice asupra sângelui şi organelor hematopoetice(1): cianosa, sulfemoglobinemia, methemoglobinemia, anemia şi agranulocitoza, etc. d) *Accidente grave* — cazuri mortale — s'au semnalat de unii autori, (Soc. Franc. Urologie, (11 Iulie 1938), dar anchetele au dovedit că ele au fost exclusiv datorite greşelilor terapeutice şi contra-indicaţiunilor nerespectate (stări generale epuizate, insuf. hepatice, renale, cachexie, etc).

In fine, reamintim că sunt unele incompatibilităţi în sulfamidoterapie, şi anume, recomandarea practică de a nu se administra în acelaş timp bolnavilor compuşii sulfamidaţi şi medicamentele sulfate: sulfat de sodiu, sulfat de magneziu sau fier, precum unii autori mai găsesc incompatibilitate între sulfamide şi antitermice, ca: piramidon, antipirină, etc.

III

Indicaţiuni. Un Symposium al sulfamidoterapiei

Ţinând seamă de acţiunea bacteriană polivalentă a principalelor medicamente sulfamidate, indicaţiunile sulfamidoterapiei înglobează un vast capitol al patologiei.

Le vom expune, după frecvenţa şi însemnătatea varietăţii microbiene care a provocat infecţiunea.

A. — *Streptocociile.* — Primele succese datorite sulfamidoterapiei sunt consecutive rezultatelor obţinute de *Domagk* (1935), în streptocociile experimentale la şoareci, cu ajutorul sulfamidelor azoice (prontosil), confirmate ulterior de majoritatea autorilor din diferitele ţări.

Importanţa şi ubiquitatea streptococului, asociat sau nu, în nenumăratele procese patologice, în toate ramurile medicinei, a contribuit, de sigur, într'o largă măsură, la adoptarea şi transpunerea în practica medicală a rezultatelor experimentale.

1. — *In mediul chirurgical.* — Ar fi fastidios să recapitulăm aci întreaga patologie chirurgicală, unde streptococul este generator de turburări, şi unde sulfamidoterapia ar fi indicată.

In regulă generală, actul operator primează, dar nu exclude aplicaţiunea sulfamidoterapiei ca un adjuvant preţios înainte şi după intervenţiunea chirurgicală.

Compuşii sulfamidaţi aduc mari servicii în: plăgile infectate, limfangitele, flegmoanele, septicemile şi în toate procesele chirurgicale unde streptococul este în cauză.

Chirurgia se poate folosi mult de medicamentele sulfamidate tip 1162 F. sau de sulfamidol, pe cale bucală, ca cel mai eficace şi mai practic decât sulfamidele azoice colorante, întrebu-

1. *Marshal, Kendall, Emerson* şi *Cutting*, au dovedit că concentrarea în sânge poate atinge 11—16 miligr. pentru 100 cmc. de sânge, mai slabă în lichidul cefalo-rachidian, dela 4—6 miligr., pentru 100 cmc. loc. cit.).

1. *Levaditi* et *Weisman*: C. R. Soc. Biol. 1986 p. 94s şi Presse Médic. 26 Decemb., 1935, p. 2097.

2. *P. L. Mayer*: Recherches sur le mécanisme de l'action antistréptococcique des phénylamines sulfamidées, *Biol. Medic.*, Nr. 74, 1937. Paris, p. 75.

3. *Puthonen*: Accidents causés par un composé sulfamidé *uliron*. Acta Dermat, mai, 1938.

1. *Cokkinis*: Chimioterapia prin sulfonamidă în infect. chirurgicale. (The British Méd. Journal, Nr. 4059 22 oct. 1925, p. 845.

intate la început, în prima fază, și a căror mare piedică este colorarea țăsuturilor (pielea, mucoasele, conjoctila, urina), și pătarea efectelor bolnavilor.

In ultimul timp, se pare că sulfamidoterapia, după *Harold R. Bohlman, Bliss*, etc., aplicată în mai multe cazuri favorabile și tratate prin această metodă, ar avea un mare rol curativ și preventiv în procesele gangreno-gazoase, acolo unde streptococul este des asociat cu anaerobiile, și unde seroterapia a eșuat.

Se întrevede, deci, orizonturi noui în tratamentul pevențiv al tuturor traumatismelor, accidentelor de stradă, eventual expuse contaminărilor streptococului și anaerobiilor, și mai ales, perspectivele pline de nădejde în chirurgia de războiu, unde, prin sulfamidoterapie, s'ar îngrădi intervențiunile mutilante și operațiile. *(Ravina*, în Presse Méd., 2 Martie, 1938).

2.— *In mediul medicinei generale.*— Toate infecțiunile generale sau procesele morbide, unde streptococul nu lipsește, relevă de sulfamidoterapie ca și în chirurgie, și unde acest germen are un rol atât de nefast în toate ramurile medicinei generale, asupra cărora nu ne putem întinde în acest articol.

Primele aplicațiuni ale sulfamidoterapiei (Prontozil și Rubiazol) cu rezultate fericite, s'au înregistrat în tratamentul erizipelului, sub toate formele lui, spontan sau secundar, la adulți, copii sau nouii născuți. Se va nota că tratamentul erizipelului prin sulfamide (1) a micșorat timpul de întindere durata febrei și a redus considerabil complicațiunile și recidivele.

Infecțiunile clasate, cu agenți necunoscuți între care scarlatina, unde streptococul joacă un rol atât de preponderat, *sunt justițiabile de metoda sulfamidoterapică. (Sako, Dixan* și *Platon).*

Oricare ar fi formele scarlatinei confirmate cu manifestațiuni guturale și mai ales în formele septicemice sau în complicațiunile ei streptococice, sulfamidoterapia este indicată. In aceeași categorie intră și difteria cu complicațiunile ei streptococice bucofaringiene, pulmonare, etc.

Deasemenea, sulfamidoterapia se impune în: anginele streptococice, amigdalitele grave, supurate sau nu, pleureziile purulente (primitive sau complicațiuni ale gripei, vindecate fără ajutorul chirurgical, *Laffert* și *Longet*, 1938), complicațiunile pulmonare streptococice, meningitele streptococice, (Discuție Soc. Méd. des Hôp. Paris, și Soc. Pédiatrie, Paris, din 1937).

3.—*In mediul obstetrical și ginecologic.*—Infecțiunea puerperală post-partum sau post-abortum, stările septice în ginecologie, formează un important domeniu al aplicării sulfamidoterapiei.

Dela început, în *prima fază* și concomitent cu tratamentul erizipelului, cea dintâi aplicațiune în clinică s'a efectuat în septicemia puerperală, unde s'au înregistrat rezultate fericite, semnalate de diferiți autori în țările străine, cu ajutorul sulfamidelor colorante azotice.

Din protocolul observațiunilor și din experiențele clinice rezultă că numai sulfamidoterapia precoce poate fi eficace contra septicemiilor puerperale. Organismele prea infectate sau epuizate nu mai reacționează sub influența agenților sulfamidați.

O altă deducție practică o capătă valoarea și importanța tratamentului profilactic al infecțiunei puerperale, instituit sistematic în unele clinici și administrat oricărei femei în travaliu sau în timpul celor cinci zile consecutive parturițiunei. Cu această metodă, se pare că infecția puerperală dispare.

Cât privește sulfamidoterapia în mediul ginecologic vom menționa, pentru un moment, că ea este indicată mai ales în leziunile genitale cronice, la femei, consecințe îndepărtate ale blenoragiei. *(Béclére* și *Demange*, 1937).

4. *In mediul pediatric,* Sulfamidoterapia este chemată să joace un rol important în tratamentul infecțiunilor infantile, ținând sema că neizbânda vaccino și seroterapiei, în unele împrejurări, la copii.

Cei mai buni și mai eficaci, universal întrebuințați, sunt agenții medicamentoși din grupa sulfamidelor tip 1162 F.(1) și sulfamidolul, lipsit, precum am spus, de orice fel de toxicitate. Dozele de sulfamidol pe cale bucală sunt perfect suportate; se pare că organismul infantil tolerează incomparabil mai bine dozele mari de substanțe sulfamidate. Se prescrie în general pentru copii între 10—15 ani: dela 1½ gr.—2 gr.s între 5—10 ani dela 1 gr. la 1½ gr.; dela 2—5 ani 1 gr.; la sugaci 50—60 ctgr. Incidentele sunt inexistente.

Ubicuitatea, preponderența și rolul periculos al streptococului în patologia copilăriei, ne arată valoarea considerabilă pe care o capătă sulfamidoterapia contra invaziunei acestui microb în organismul infantil.

Pentru a avea o idee justă asupra acestei chestiuni nu am putea decât recomanda admirabila monografie americană, un symposium al sulfanilamidoterapiei infantile: *The journal of Pediatrics*(2) — din August 1937 — cu indicațiunile următoare: erisipel, afecțiunile broncho-pulmonare sau pleurale streptococice, meningitele streptococice, mastoiditele, otitele medii supurate, sinusitele, anginele, tonsilitele, abcesele retro-faringiane, adenitele cervicale acute, supurate sau nu, scarlatina, *Sako, Dwan* și *Platon,* (The Journal of the Amer. Asos., 10 Sept., 1938, p. 995—997), difteria, oftalmia purulentă, infecțiunile urinare, etc.

5.—*In mediul oto-rino-laringologic și stomatologic.*—Sulfamidoterapia are o mare însemnătate în această ramură a medicinei și, mai ales, în cazurile de otite acute supurate sau complicate, unde ea a transformat radical prognosticul fatal al meningitelor streptococice otogene *(Debré, Marie, Thiroloix, Grenet, Ombrédanne, Silverthorme, Gaston*(1)).

Azi grație sulfamidoterapiei, vindecarea meningitelor cerebro-spinale streptococice este de domeniul realității.

Agentul cel mai întrebuințat este 1162 F. sau echivalentul său sulfamidol, în doze forte, depășind dozele normale. Majoritatea autorilor prescriu la adulți între 4—5 gr. pe zi și între 2—3 gr. la copii în cazurile de meningită streptococică otogenă.

Se recomandă continuarea tratamentului chiar după o ușoară ameliorare, diminuând dozele. Intervenția chirurgicală asupra leziunilor osoase mastoidiane este diferit interpretată.

Pentru unii *(Ombredanne),* chirurgia rămâne actul principal; pentru alții s'a renunțat la acest gen de operație asupra bolnavilor supuși sulfamidoterapiei.

In orice caz, cu ivirea sulfamidoterapiei, un fapt netăgăduit rămâne: *posibilitatea vindecării meningitei acute streptococice otogene, teroarea familiei și practicianului de odinioară.*

In *stomatologie,* agenții sulfamidați par a fi victorioși contra multor afecțiuni, și ei joacă un rol foarte important în diferitele leziuni ale aparatului dentar sau al cavității buco-faringiene. (Congr. fr. de Stomatologie, Paris, 24—29 Oct. 1938).

B. — *Gonococia.* — O victorie a sulfamidoterapiei, care, pare să fi schimbat radical tratamentul blenoragiei gonococice la bărbați și la femei, este adoptarea agenților sulfamidați contra acestei afecțiuni, astfel că s'a zis de unii autori că sulfamidoterapia în blenoragie are aceiași valoare și însemnătate ca și arsenoterapia, prin 600-Erlich, în sifiligrafie.

Primele lucrări clinice sunt datorite lui *Linser* 1936 în Germania, dar mai ales lui *Herrold, Dees,* și *Colston* (1937), în America, concomitent cu lu-

1. *Snodgross și Anderson*: (The British Méd. Journ 1 décembre 1937, Nr. 4014.

1. *Stafaxggi:* La Chimioth. Sulfamidée en gynécolog. Thèse Marseilla, 1939.

2. *The Journal of Pediatrie,* Vol. II, August, 1937, Nr. 2. Official organ for the american Academy of Pediatrice, New-York, 1937.

1. *Gaston*: Chimiothérapie par les corps sulfamidés dans les infections oto-rhino-laryngolog et au cours des méningites septiques. (Ann. d'oto-laryng. 1939 pag. 438—450.

crările lui *Durel* şi colaboratorii săi (1937), în Franţa.

După doi ani de aplicare a sulfamidoterapiei în blenoragia gonococică, din bogata literatură medicală, din discuţiunile urmate în diferitele societăţi străine, se desprind următoarele concluziuni practice:

1. In starea actuală a ştiinţei, sulfamidele sunt singurele medicamente, pe cale buctlă, necontestat antigonococice «*in vivo*», cunoscute până azi.

2. Sulfamidele cele mai eficace şi mai întrebuinţate pe cale bucală, sunt: în Franţa, Anglia şi America: *para-amino-fenil-sulfamida* (1) *sau 1162 F.*, simplă sau asociată, cu piridina sau corpul 693; în Germania se întrebuinţează mai mult *Ulironul* (o disulfamidă), şi în sfârşit, ultimul şi cel mai recent compus *sulfamidolul*, experimentat şi aplicat cu rezultate excelente în România, pentru prima oară, de Dr. *V. Petrescu* (2) la Clinica Urologică).

3. Azi se pare că nici un urolog avizat nu mai tratează blenoragia fără ajutorul medicamentelor sulfamidate, fără a exclude, bineînţeles şi concursul celorlalte procedee biologice sau fizice.

4. *Metoda ideală de tratament a blenoragiei acute este metoda mixtă sau tratamentul asociat:* spălăturile uretro-vezicale zilnice şi sulfamidolul la interior, în doza de 2—2½ grame pro die, fracţionată în patru prize, câte 2 comprimate a 25 cm. g., la fiecare 3 ore.

5. In general rezultatele obţinute, în imensa majoritate a cazurilor, în diferitele ţări, sunt pozitive, iar statisticele variază, după metodă şi după eficacitatea medicamentului. In general, proporţia vindecarei variază între 70—90%.

6. *Sulfamidoterapia scurtează, fără nici o îndoială, durata blenoragiei acute:* dela 45—65 zile de tratament prin lavajele clasice, în cazurile favorabile, cu sulfamido-terapia vindecarea se obţine în 15—18—20 zile; este un câştig preţios, ce nu poate fi indiferent pentru bolnavi.

7. In blenoragia cronică, efectele sulfamidoterapiei sunt şi mai surprinzătoare. S'a pronunţat chiar cuvântul de miraculoase: *vindecări între 4—5 până la 8 zile*, după luni de zile de interminabile şi dezesperante secreţiuni.

8. Sulfamidoterapia contribue la prevenirea şi vindecarea complicaţiunilor blenoragiei gonococicei.

Deasemenea complicaţiunile generale sau locale în gonococie sunt justiţiabile de sulfamidoterapie. (complicaţii locale genitale, sau localizări extragenitale, oftalmia purulentă gonococică a copiilor, etc.).

9. Ca în orice metodă de tratament sunt şi eşecuri, dar, scepticismul şi pesimismul unora nu îndreptăţeşte ignorarea unei metode de tratament excelentă care, până astăzi, într'un scurt interval de timp, pare a fi cel mai bun tratament al blenoragiei, comparativ cu celelalte procedee cunoscute până azi.

10. Sulfamidoterapia blenoragiei nu exclude metodele biologice şi fizice de tratament combinate sau nu (vaccinuri, piretoterapia, unde scurte, etc.).

11. Prin sulfamidoterapia anti-blenoragică se pune o nouă *problemă medico-socială* la ordinea zilei: *aceea a sterilizării tractului uro-genital şi deci a profilaxiei blenoragiei* (prostituţia purtătorii de microbi fără simptome aparente, gonoreacţia, etc.).

12. O altă latură a aceluiaşi probleme, de însemnătate capitală, ar fi schimbarea radicală a tratamentului ambulator al blenoragiei, prin modalitatea simplă, comodă, practică, pentru bolnavii ce nu pot urma zilnic sau nu pot frecventa aceste instituţii, dar cari pot fi totuşi supuşi controlului medical intermitent cu privire la acţiunea medicamentelor sulfamidate absorbite pe cale bucală, fără alt procedeu de tratament.

C.—*Meningociile.*—Am spus că unele sulfamide sunt polivalente, adică că ele n'au numai o acţiune electivă, sau specifică asupra unui singur soi de microbi, dimpotrivă, acţiunea lor se întinde şi asupra altor germeni cari devin foarte sensibili la contactul lor «in vivo».

Lucrările lui *Buttle, Gray* şi *Stepheson* (Th. Lancet, Iunie 1936), şi *Proom* (Th. Lancet, Ianuarie 1937), au stabilit că sulfamidele tip para-amino-fenil-sulfamida, *(sulfonamida)*, cum i se zice în Englitera, vindecă meningococia experimentală la şoareci.

Aplicaţiunile clinice, efectuate pentru prima dată de *Schwentker, Gilmon* şi *Long* 1937, au constituit aproape o victorie a sulfamidoterapiei, în meningitele cerebrospinale, (tip B., cele mai grave), unde seroterapia inoperantă a eşuat complect, şi la care majoritatea clinicianilor au început să renunţe *(Tixier)* (1).

Din lucrările publicate în Franţa. Anglia, America, România(2) etc., agenţii medicamentoşi cei mai întrebuinţaţi în sulfamidoterapia meningitelor cerebrospinale acute, sunt de tipul 1162 sau echivalentul său sulfamidolul. Dozele variază după natura microbului, după vârste, după forma clinică şi după calea de introducere.

In regulă generală, calea cea mai practică şi mai simplu, admisă azi de majoritatea autorilor, este *cea bucală (Tixier):* pe această cale, dozele de sulfamidol sunt de 2—3 grame pe zi pentru copii dela 8—15 ani, în cazurile de meningită cerebro-spinale acute, şi 2—3 grame pe zi în cazurile de meningită datorite tipului B.

Calea rachidiană, utilizată şi preconizată de mulţi autori, în prima perioadă a sulfamidoterapiei, este azi rezervată excepţional sau numai în cazurile grave *(Tixier)*. In aceste împrejurări injecţiunea rachidiană se impune; ea este cotidiană n primele 4—5 zile, injectându-se din soluţia 0,85% de para-amino-fenil-sulfamida sau sulfamidol, o cantitate egală cu lichidul cefalorachidian extras şi o concentraţie în raport cu vârsta şi forma boalei.

In unele împrejurări clinice tratamentul este combinat intrachidian, bucal şi parentreral, după indicaţiunile formei clinice şi după aprecierea medicului.

Nu trebuie uitat de asemenea că medicaţia chimicterapică poate fi asociată cu medicaţia serică.

Tratamentul chimio-terapic va fi continuat câteva zile, chiar după scăderea temperaturei şi după clarificarea lichidului cefalo-rachidian.

O concluziune practică, adoptată de marea majoritate a autorilor se desprinde, şi anume că: septicemiile meningococice reclamă doze mai mari de medicamente sulfamidate, decât ar reclama infecţiunile meningococice localizate, în speţă, meningitele cerebrospinale meningococice. *(Lemierre, La porte* şi *Trolot*, Soc. Med. Hôp. Paris, 1939).

O altă concluziune practică (*Tiffneau* şi *Meyer)*, care merită toată atenţiunea practicianilor şi igieniştilor, reese că, în mediul epidemic, substanţele sulfamidate (sulfamidolul) constituesc un tratament preventiv preţios, administrate pe cale bucală, fie persoanelor din anturajul bolnavului, fie persoanelor colectivităţii unde s'a ivit epidemia, de exemplu, copiilor care frecventează o şcoală infectată, soldaţilor unei unităţi, etc. *Sulfamidoterapia preventivă contribue efectiv la încetarea sau întinderea epidemiilor de meningită cerebrospinală meningococică.*

D. — *Pneumocociile.* — Graţie lucrărilor lui *Rosenthal, Loocke Bragden* şi *Mellan, Cooper, Gross* şi *Mellan, Long, Nitti*, s'au observat că unii compuşi sulfamidaţi sunt mai activi faţă de infecţiunea pneumococică experimentală la şoareci. S'ar părea că există oare-care electivitate.

Primele aplicaţiuni clinice sunt datorite autorilor americani *Heintzelmann, Hadley* şi *Mellan*, cari au tratat pneumoniile pneumococice tip III. cu sulfa-

1. *Cokikinis*: Sulphanilamide in gonorrhoea an, analysis of 633 cases. (The Lancet, 13 Aug., 1938, p. 355.

2. *V. Petrescu:* Soc. Urol. 3 Iunie 1988 şi Revista de Urologie, August 1938. *Dr. Dima*: Tesă, Bucureşti, 30 Iunie, 1938.

1. *Tixier*: Les traitement des méningites aiguës par le Sulfamide. Archives des Médecine des enfants, Nr. 10, oct. 1938, p. 609—632.

2. *Slobozeanu*: Rom. Medic., 15 Feb., 1938.

nilamida, (echivalentul lui 1162 F. şi al sulfamidalului).

In Iulie 1938 *Evans* şi *Gaisford* (the *Lancet*, 2 Iulie (1938), *Agravat, Dreasti şi Ordman* (1939), *Anderson* şi *Dadeswelle*, au (tratat, în răstimp de 4 luni, peste 100 cazuri de pneumonii pneumococice prin sulfamidoterapie. In Germania *Kemkes* şi *Steiler* (1938, Sept.) au aplicat aceeaşi metodă contra pneumoniilor şi septicemiilor pneumococice.

In Franţe *Cain, Cottan* şi *Sikoray* (Presse Méd. 10 Nov. 1938 pag. 1714), au tratat prin sulfamidaterapie (1162 F.) toate cazuile de pneumonie în serviciul lor medical dela St. Antoine, întrebuinţând exclusiv numai p. amino-fenilsulfamida sau 1162 F.

Agenţii medicamentoşi cei mai activi, cei de tipul 1162 P. combinat sau nu cu piridina — corpul 693 — au dat rezultatele cele mai bune. *(Flippin* şi *Sergeant-Popper).*

Dozele utilizate sunt de 2½—3 grame pe cale bucală, fără nici un incident. Autorii englezi au ridicat dozele la 4—5—6 şi 7 grame pe zi de 693. In ultimul timp s'a încercat în pneumonii şi în congestiunile pulmonare pneumococice, derivatul sulfamidat *paraamino-fenil-sulfamid metilen sulfanat de sodiu sau corpul 109 M.*

Din observaţiile publicate, reese că sub inflenţa sulfamidoterapiei, defervescenţa în pneumonie s'a făcut, în 37 cazuri, în 24 ore, în 23 cazuri în 48 ore. Mortalitatea în cazurile supuse sulfamidoterapiei a fost de 8%, iar în cazurile netratate cu sulfamidoterapie, ea s'a urcat până la 27%.

In meningitele pneumococice, fie la copii, fie la adulţi, sulfamidoterapia se impune, în faţa insuccesului seroterapiei-specifice. *(Vied-Halle, Armand-Delille, R. Martin, Cathala, Mollaret).*

E.— *Colibacilozele.*— O indicaţiune nu mai puţin importantă a sulfamidoterapiei o constitue tratamentul infecţiunilor colibacilare. Prin această metodă, în urma încercărilor experimentale ale lui *Osgoot*, s'au obţinut rezultate excelente în practica curentă. Cazurile acute sau cronice de infecţiune colibacilară a căilor urinare, cu simptome clinice bine definitive — sindromul entero-renal, pielita, cistita, etc. — şi nu numai simplele colibacilurii, — sunt justiţiabile de sulfamidoterapie.

Agenţii medicamentoşi cei mai ficace şi universali întrebuinţaţi de diferiţii autori sunt tot cei de tipul 1162 sau sulfamidolul, pe cale bucală. *(Gessler,* din Boston şi *Lippens* din Bruxelles), în dozele de două grame jumătate până la două grame pe zi, administrate până ce urinele devin normale, cu recomandarea de a continua absorbţiunea medicamentelor câteva zile încă, în dozele de 1—1½ pe zi gram.

Deasemenea *Keny Johnston* şi *Van Haebler* s'au folosit de sulfamidoterapie cu rezulate bune într'un număr respectabil de colibacilurii în cursul sarcinei.

F. — *Indicaţiuni secundare. — Alte infecţiuni.* — Sulfamidoterapia a fost întrebuinţată şi în alte infecţiuni, cu mai mult sau mai puţin succes, după unii autori, şi anume în: 1. *Stafilococii, după O'Brich* şi Mc. *Carttry* şi *Maxwell* (The Brith. Med. J. 26 Nov. 1938). 2. *Infecţiunea tifică şi paratifică;* 3. *Limfogranulomatoza,* după *Cézary* şi *Walther, Weissenbach* şi *Bocage* în Franţa, *Shaffer* şi *Arnold* în Anglia, *la noi în ţară de medicii militari dela spitalul «Regina Elisabeta» (România Medic.,* 15 Fbr. 1938).

4. *Rougeola şi Tusea convulsivă (Thompson* şi *Greenfield* 1938, the Laucet). *Gripa şi infecţiunile iperter-mice prelungite, criptogene,* deşi azi unii autori pretind că virusurile filtrante sunt inatacabile de sulfamide, afară numai când procesele morbide sunt datorite infecţiunilor supra ajutate. 5. *Febrele ondulante* (bruceloze, melitococia). 6. *Infecţiunile acute ale sistemului nervos central (Nal.* Th. J. Amer. Med. Asoc. 8 Oct. 1937). 7. *Paludism:* după încercările făcute în America, Anglia şi în coloniile Franceze (Ferdinand şi Ragiot, 1938), suntem în curs de cercetare asupra paludismului experimental clinic şi spontan. 8. *Trachomul,* rezultatele obţinute în străinătate ne îndeamnă să recomandăm sulfamidoterapia şi la noi, mai ales în regiunile noastre endemice. 9. *Pemfigus, eritemul îndurat, impetigo, strepto-dermiile (Michaud).*

IV

— *Concluziune.* — Chimioterapia bacteriană, şi în special, sulfamidoterapia nu trebue considerată ca o modă medicală «*en vogue*» şi nici ca un panaceu. Nu toate infecţiunile microbiane pot fi vindecate prin această metodă.

Dar, alături de metodele pastoriane şi biologice, sulfamidoterapia cu rezultatele ei necontestate, mai ales, în infecţiunile localizate, (erisipel, meningitele streptococice, blenoragia, etc), şi legată de progresele chimiei sintetice, prin descoperirea altor noui compuşi medicamentoşi, mai activi, ea trebue privită mai mult ca o metodă specială, plină de nădejdi pentru viitor (1), decât ca un adjuvant secundar în combaterea boalelor microbiane.

1 *Levaditi*: Réflexions sur le passé, le présent et l'avenir de la chimioth. 'des maladies infect. *Presse Médic.*, 30 avril, 1938, Nr. 30.

Lecţia inaugurală a Profesorului Gh. Niculescu

de Prof. Dr. N. IONESCU—Sisești

Lecţia inaugurală este sinteza sufletească a celui ce o face. Fără voia lui, profesorul se găseşte întreg în ea. Unul cu nota lui de recunoştinţă faţă de cei ce l'au format; altul cu un program mai potrivit de învăţământ; un al treilea cu o concepţie nouă despre datoriile faţă de studenţi şi de societate. Aci vibrează în expunere nota înflorită şi sentimentală; aci nivelul se menţine familiar şi voios; aci tonul se ridică grav, încărcat de critică şi de proiecte constructive.

Toate aceste se găsesc reunite în anume suflete armonioase. Ele sânt toate în lecţia de o aşa de elegantă ţinută a profesorului *Gh. Niculescu,* pe care o publică Buletinul Societăţii de Ştiinţe Farmaceutice.

Mai întâi un omagiu predecesorului său, profesorul *Martinescu,* care şi el era un medic şi un clinician.

Apoi un portret al profesorului *Teohari* fidel şi cald, portretul unui fiu spiritual făcut maestrului său. Nicăeri *Teohari* n'a fost mai autentic descris în marea lui bunătate împletită cu o nobilă concepţie despre demnitatea umană, pentrucă nimeni poate dintre elevii lui n'a trăit mai strâns lipit de sufletul său.

Pe urmă un capitol larg desvoltat despre valoarea farmacognoziei si farmacodinamiei, pe care orice intelectual de orice specialitate îl va citi cu interes. Aceste discipline se razimă pe cea mai fundamentală dintre necesităţile fiinţei vii: necesitatea de conservare. Din ea s'a născut instinctul terapeutic al animalelor, care-ar putea si azi da omului inspiraţii noui de cercetare. Din ea pătrunderea noţiunilor de vindecare în practica sacerdotală. Din ea încorporarea medicinei în filozofie mai întâi şi, în epoca modernă, în ştiinţa pozitivă.

Noul profesor termină lecţia sa printr'un apel către studenţi. O chemare la muncă cu voe bună, care-i datoria noastră de toate zilele, care-i sensul însus al vieţii. Iar el, profesorul, se oferă să le fie tuturor, şi fiecăruia în parte, îndrumător cu o părintească solicitudine şi cu o înţelegere pe care i-o dă propria lui iubire pentru studenţi.

In acest sentiment stă garanţia influenţii lui viitoare. Căci în mare sau în mic, grupările omeneşti nu s'au putut strânge solidare decât în jurul oamenilor care le-au iubit dezinteresat şi onest. Şi suflul acesta de curată afecţiune străbate dela un capăt la altul lecţia profesorului *Gh. Niculescu.*

EPILOGUL UNUI PNEUMOTORAX SPONTAN

de Dr. TH. MOISESCU
Medic Primar
și
Dr. GH. ST. CONSTANTINESCU
Medic Secundar

Printre cauzele susceptibile de a produce rupturi pleuro-pulmonare, cele mai cunoscute sunt leziunile tuberculoase, situate în vecinătatea pleurei. In foarte multe din cazuri, pneumotoraxul spontan tuberculos se datorite unor leziuni în marea majoritate a cazurilor tot tuberculoase, însă de minimă importanță, atât cât privește întinderea, cât și evoluția lor. Adese ori aceste leziuni minime nu sunt cunoscute de către bolnavi și scapă chiar examenului medical, astfel încât un pneumotorax spontan poate constitui manifestația inițială în evoluția clinică a unei tuberculoze pulmonare.

Aatât de sterânsă este legătura între producerea unui pneumotorax spoitan și o leziune tuberculoasă, încât în foarte multe din cazuri, diagnosticul maladiei tuberculoase se face abia în urma celui de pneumotorax și uneori numai prin deducție etiologică.

Dăm mai jos observația unui bolnav, care deși nu face decât să confirme etiologia tuberculoasă a unui pneumotorax spontan este totuși interesantă, întrucât legătura etiologică nu s'a putut stabili, decât în urma observațiunii ulterioare a bolnavului. In adevăr, cum nu se întâmplă prea des, am avut ocazia să observăm bolnavul timp de 2½ ani, să-i studiem diferitele manifestațiuni patologice și să putem face legătura între ele.

Observațiunea clinică

Bolnavul O. Gh., de 22 ani, în cursul unor exerciții militare, simte frisoane și febră. La scurt interval acuză un junghiu puternic sub mamelonul stâng, cu iradiații în spate. Este silit să-și întrerupă ocupațiile și să stea la pat. La simptomatologia de mai sus, se adaogă tuse cu expectorație, greață și cefalee intensă.

După 4 zile este trimis în serviciul nostru, adică la 7 Martie 1936. La internare se constată:

Dispnee accentuată, cianoza feței și a extremităților, herpes labial, febră 40°, tuse cu expectorația mucoasă ruginie. Matitate în spate, începând din zona subspinoasă, continuându-se până la bază. Vibrațiile locale exagerate. respirația suflantă și raluri crepitante în aceeași zonă. In antecedentele bolnavului nu găsim nici o acțiune importantă și neagă orice accident pulmonar. Părinții trăesc, are 7 frați, dintre cari unul singur ar fi avut în timpul serviciului militar o afecțiune pulmonară, asupra căreia pacientul nostru nu ne poate da informațiuni precise. Boala își urmează evoluția obișnuită a unei pneumonii, când după câteva zile se constată dispneea și cianoza mai accentuată, temperatura menținându-se ridicată la 40°. La percuție se constată în locul matității o tonalitate timpanică, iar la ascultație în locul suflului, diminuarea până la abolire a murmurului vezicular. O puncție pleurală în axila stângă indică o presiune de +7. Examenul radioscopic arată o imagine tipică de pneumotorax. Bacili Koch nu s'au găsit în spută.

La 14 Martie 1936, se repetă examenul radioscopic și se constată un hidropneumotorax stâng.

18. III. 1936, examenul sputei p. b. Koch este negativ.

20. III. 1936. Puncția pleurală axilară arată o presiune oscilând ușor împrejurul lui O.

21. III. 1936. Dispnee mai puțin accentuată, timpanismul dispărut, înlocuit către baza stângă prin matitate. Respirația se aude la vârful pulmonului stâng și în zona subspinoasă stângă, zgomote hidroaerice. In zona mată de la baza stângă murmurul vezicular absent. Bacili Koch în spută absenți. Radiografia arată dispariția în bună parte a aerului și o umbră uniformă pe 4 laturi de deget. Starea bolnavului se îmbunătățește treptat, însă abia la 4.V.1936, adică după 2 luni de ospitalizare când aerul din cavitatea pleurală a dispărut complet, părăsește serviciul în stare să-și reia ocupațiile. Timp de 2 ani continuă să se simtă în perfectă stare de sănătate, nu tușește, nu expectorează.

La 17.III.1938, se reinternează în serviciul nostru pentru dureri la baza hemitoracelui drept și balonare evidentă a abdomenului, care îi face alimentarea foarte dificilă, în special în ultimele 10 zile, când observă că balonarea se accentuiază și se însoțește de dureri în regiunea supra-ombilicală, mai ales când încerca să mănânce mai mult. A observat că urina diminuă cantitativ. Se constată:

Pulmonar: submatitate pe 3 laturi de deget la ambele baze, în rest sonoritatea păstrată. Vibrațiile vocale diminuate în zonele submate. Numeroase raluri ronflante și sibilante în tot câmpul pulmonar, iar în ambele axile frecături pleurale. Puncția pleurală negativă la ambele baze.

Marginea superioară a ficatului în spațiul IV, marginea inferioară neputându-se delimita din cauza timpanismului abdominal.

Vârful cordului în spațiul IV intercostal. Sgomote normale. Puls regulat, egal, 84 pe minut. Abdomenul mărit de volum, fără circulație colaterală, puțin dureros la presiune în hipogastru și hipocondru drept. Matitate declivă suprapubiană și în flancuri, deplasabilă cu poziția bolnavului. Puncția abdominală pozitivă, lichid sero-citrin, reacția Rivalta pozitivă. Reflexele pupilare și osteo-tendinoase normale. La radioscopie nu se constată leziuni pulmonare; hemidiafragmul drept prezintă în partea sa internă o curbură. Nu se găsesc bacili Koch în spută și nici în materiile fecale.

Ureea 0,34‰. Starea bolnavului se agravează, febra oscilează între 38° — 40°. Volumul abdomentului se accentuează ajungând până la 86 cm. circomferință. Apoi sub influența repausului și tratamentului (antigen metalic și calciu), se îmbunătățește, febra diminuă treptat pentru a se stabiliza la 37°, iar bolnavul părăsește serviciul la 26.VI.1938, cu o stare generală mulțumitoare. Se internează pentru a 3-a oară la 25.VIII.1938 pentru tuse cu expectorație redusă, dureri abdominale. In cele 2 luni petrecute acasă s'a simțit relativ bine, s'a alimentat în mod obicinuit, însă n'a muncit. Cu 3 săptămâni înainte de internare a început să tușească și să acuze dureri abdominale. La examenul toracelui se constată o accentuare a diametrului autero-posterior; submatitate la ambele baze pe 3 laturi de deget și numeroase raluri ronflante și sibilante. Vârful cordului în spațiul IV intercostal, sgomote normale, puls regulat, egal, 80 pe minut. Marginea superioară a ficatului la coasta V. Marginea inferioară depășește rebordul costal cu 4 laturi de deget, măsurând 18 cm., pe linia mamelonară.

Splina nu este mărită de volum. Abdomenul ușor balonat, dureros la presiune, sonor.

Bacili Koch absenți în spută.

In prima parte a observației de mai sus este vorba de debutul unei pneumonii al cărui curs a fost modificat printr'un sindrom însolit, un pneumotorax spontan. Dacă facem legătura etiologică între apariția acestui pneumotorax și maladia inițială, am fi înclinați să credem că pneumonia ar fi fost cauza ruptării pleurale, aceasta mai cu seamă atunci când nu cunoaștem viitorul patologic al bolnavului.

A doua internare însă, ne dă ocaziunea să constatăm o afecțiune care deși nu-și face proba unei etiologii evidente, este totuși recunoscută ca fiind de natură tuberculoasă. Pe deopartea această constatare, iar pe dealta raritatea pneumotoraxului spontan în cursul afecțiunilor pulmonare acute netuberculoase, ne îndreptățesc să credem că bolnavul nostru deși nu a prezentat semnele obișnuite ale unei leziuni tuberculoase atunci când s'a produs pneumotoraxul, totuși ar fi putut avea o leziune minimă de această natură, leziune acoperită de simptomatologia afecțiunii acute și care să fi fost cauza pneumotoraxului spontan.

PLEUROTOMIA IN EMFIZEMUL GRAV SUFOCANT CONSECUTIV TRAUMATISMULUI TORACIC*)

de Dr. PANĂ THEODORU
Fost medic secundar al Spitalului
Medic Secundar al Spitalului Colentina

şi

Dr. CAROL PITSCHAK
Radiolog

O complicaţiune care pune în pericol viaţa traumatizaţilor toracelui, este şi emfizemul sufocant mediastinal care poate produce asfixia prin întinderea lui progresivă.

Tratamentul clasic al acestor stări se rezumă în incizii multiple, sau o singură incizie supra sternală a la Gattelier *(Krauss)* recomandându-se chiar deschiderea mediastinului prin rezecţii costale parasternale *(Kaiser)*. Deseori acest tratament nu poate opri asfixia. Deaceea în cazul pe care îl vom relata şi al cărui emfizem progresa vertiginos, ne-am propus de-a-l opri printr'o pleurotomie. La 24 Iunie 1938, este adus de urgenţă în spitalul Schuller-Ploeşti, N. M. 39 ani, muncitor. Cu o oră mai înainte a suferit un accident, roata unei căruţe a trecut peste hemitoracele stâng. Starea pacientului la internare era următoarea. In hemitoracele stâng dureri atroce spontane sau la cel mai mic efort; dispnee, facies anxios, subfusiuni sanguine în axilă şi în regiunea sub-claviculară stângă, mobilitatea fragmentară şi crepitaţiuni pe traectul coastelor dela a 2-a la a 8-a. Regiunea subclaviculară este sediul unui emfizem. Nu are spută sanghiolentă, pulsul hypotensiv 100. Drept tratament i se aplică un bandaj toracic, injecţiuni de morfină 1—2 centigrame. Nici-o ameliorare. Emfizemul progresează extrem de repede. Din regiunea subclaviculară se întinde în fosa supraclaviculară, la baza gâtului, în regiunea pretracheală, invadând şi regiunea cefei. In jos hypocondrul stâng, regiunea dorsală, peretele abdominal, iar bursele capătă dimensiunile unui cap de adult. Gravitatea situaţiei este datorită mai ales emfizemului cervical şi probabil mediastinal. Bolnavul are un aspect proconsular, senzaţie de constricţie, sufocaţie, vocea slabă bitonală, deglutiţia imposibilă, buzele violacee, pulsul 130. Starea de agitaţie extremă.

Radioscopia pune în evidenţă fracturi multiple de coaste, un epanşament la baza stângă de 4 laturi de deget şi un emfizem întins mediastinal şi subcutanat.

In prezenţa acestor simptome ne decidem a interveni repede şi energic. Procedăm la o pleurotomie cu rezecţia unui fragment, dealtfel mobil din coasta a 7-a. La nivelul plăgei, pleura parietală era lipită de pulmon şi pentru a o inciza a fost nevoie de a-i face o cută cu pensa anatomică. După incizie aerul a pătruns imediat în cavitate, pulmonul retractându-se instantaneu. Se scurge un jet moderat de sânge de stază în momentul unei quinte de tuse. Punem un dren de cauciuc pe care îl fixăm la pleură şi facem sutura ermetică a plăgei operatorie în jurul drenului. Bolnavul se simte imediat uşurat, senzaţia de sufocaţie diminuă, se recolorează. Două ore după intervenţie tensiunea emfizemului diminuă în mod apreciabil. La 12 ore după, bursele şi-au recăpătat dimensiunile normale. Emfizemul cervical diminuă mai lent însă continuă.

După 30 zile se suprimă drenul. In acest interval temperatura nu a depăşit decât rareori 37 grade.

Radioscopia de control făcută după dispariţia emfizemului ne arată pulmonul revenit la locul său, iar emfizemul mediastinal dispărut. Bolnavul părăseşte spitalul vindecat.

Considerăm pleurotomia indicată în emfizemul sufocant şi chiar în alte afecţiuni traumatice ale toracelui. Ea prezintă avantajele următoare: In hemoragii: după teoria lui *Nélaton*, hemoragia este favorizată de presiunea negativă intrapleurală şi prin accentuarea acesteia în momentul inspiraţiei. Pleurotomia împiedică această aspiraţie. In pneumotoraxul cu supapă pleurotomia împedică mărirea presiunei intrapleurală şi consecinţele sale. In emfizem chiar atunci când aceasta interesează mediastinul, pleurotomia pare a fi un remediu sigur, căci luând în consideraţie cele 2 teorii produse pentru a-l explica: aceia a lui *J. L. Petit* «Pneumotoraxul prealabil» şi cea a lui *Roux* şi *Richet* «aderenţe pleurale necesare» pleurotomia împiedică insuflaţia ţesuturilor în pneumotorax, oprind mărirea presiunei intra-pleurale, pe de o parte retracţia parţială a pulmonului (se exclude evident symphisele întinse) opreşte circulaţia aerului în pulmon, iar pe de altă parte tensiunea elastică a pulmonului parţial retractat are tendinţa a distruge paralelismul plăgilor parietale şi pulmonare chiar când acestea interesează mediastinul.

Repetăm, rezervăm această intervenţie pentru cazurile grave, luând toate precauţiunile de asepsie şi conducând eventual technica după Grégoire.

Cunoscând pericolul pleurotomiei într'o cavitate neadaptată, vom lua măsuri pentru a diminua riscurile de syncopă prin morfină, moderatoare ale sistemului nervos vegetativ şi prin admiterea cât mai lentă a intrării aerului în cavitate.

După un singur caz nu putem trage o concluzie definitivă, însă consultând literatura, am găsit pe *Chavannaz*, din Bordeaux în 1932, forţat a procedat la fel într'un caz asemănător. Succesul a fost deplin.

Propun această mică intervenţiune în traumatismele închise cu emfizem, riscurile ei sunt minime pe lângă gravitatea afecţiunei şi mai ales amintindu-ne de cazurile cu incizii supra-sternale cu rezultat dezastruos.

Traumatismele deschise cu plagă pulmonară al cărui sediu este cunoscut, beneficiază de tratament direct.

*) *Lucrare din Spitalul «Schuller-Sfetescu» Ploeşti. Director: Docent Dr. Gh. Petrescu.*

BIBLIOGRAFII

Atlas D'hématologie, par MM. Prosper Merklen, Professeur de clinique à la Faculté de Médecine de Strasbourg Membre correspondant de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris. Robert Waitz Professeur agrègé à la Faculté de Médecine de Strasbourg Ancien interne des Hôpitaux de Paris. *Librairie Maloine.* Un volum legat în piele de 210 pagini.

Se ştie că în ultimii ani iconografia a luat o desvoltare justificată în toate ramurile medicinei. Hematologia, în particular, trebuia să beneficieze de această tendinţă căci diagnosticul este în mare parte bazat pe examenul citologic al sângelui şi al organelor hemopoetice, splina, măduva osoasă, etc.

Era nevoie ca în Franţa să se întocmească o lucrare în care să fie grupate reproducerile diverselor celule sanguine. Această lacună a fost înlăturată de «Atlasul de Hematologie, întocmit de Prof. Merklen şi R. Waitz.

Se va găsi în el imaginile în culori ale marei majorităţi a celulelor cari se întâlnesc în sânge şi în viscerele hematopoetice, în stare normală şi patologică. Ele au fost desenate după preparate, toate tratate prin technica lui May-Grunwald-Giemsa.

Atenţiunea dată de autori alegerei preparaţiilor şi calităţei reproducerilor face din acest atlas o culegere de documente de înaltă valoare egal, sau superior celor mai bune atlasuri streine. In capul paginilor, sunt expuse caracterele diferenţiale ale elementelor celulare ale sângelui, ceeace ajută la înţelegerea şi interpretarea citirei planşelor cari urmează.

Dacă atlasul de hematologie al d-lor Merklen şi R. Waitz se adresează în primul rând hematologilor şi istologilor, este de o rară utilitate, pentru practicianii de medicină generală.

Spicuiri pe marginea unei cărţi: „The Surgeon's Case-book"

(by James Harpole, The Albastros 1 vol, 210 pag.).

de Dr. I. FLORIAN

Este un caleidoscop al marilor înfăptuiri medicale din ultimele decenii. Poate este şi un răspuns cărţii: «Citadela» a lui Cronin, care a romanţat unele operaţiuni josnice ale câtorva practicieni dichotomişti. Pentru obţinerea unui succes de librărie a speculat o diformitate profesională inerentă unei epoci de materialism acerb şi de mari dificultăţi de existenţă. A urmat interzicerea cărţi lui Cronin în Anglia, fapt ce a mărit tirajul şi a provocat şi un stupid film melodramatic.

In schimb, chirurgul englez sub pseudonim a scris o carte sobră fără să polemizeze sau să dramatizeze.

Regăsim aci adevăratul spirit britanic, simplu, curat, privind din faţă şi cu calm marile probleme.

Intr'un stil uşor şi natural relatează fapte impresionante şi sacrificiile, adeseaori supraomeneşti ale creatorilor ştiinţei medicale.

Modestia de expunere contrastează fericit cu măreţia operei pe care o pune într'o lumină care-i profilează departe în timp şi spaţiu grandioasa ei influenţă. Deşi carte de vulgarizare, conţine fapte noui cari pot interesa chiar pe medici.

Aşa de pildă descrie acţiunea calmantă a clismelor cu «avertin» în spasmele tetanus-ului, sau aplicarea curarinei în acelaş scop de Dale. Arată bunele rezultate obţinute în hemoragiile grave ale hemofilicilor prin injectarea unui gel obţinut din combinarea albuşului de ou cu bromurul de potasiu (D. Timperley, Naish şi Clark) După 3—4 injecţii rezultatele par să fie durabile (reducerea timpului de coagulare la normal). Arată marele progres făcut în opera socială de profilaxia tuberculozei, prin crearea satelor şi a coloniilor fermiere, unde tuberculoşii vindecaţi sunt redaţi societăţii şi familiei, în condiţii de viaţă prielnice menţinerii acestor vindecări.

Un progres însemnat în studiul gripei datorită lui Sir Patrik Laidlau care a transmis gripa la veveriţă prin filtratul rhino-faringian al bolnavilor.

A trecut apoi acest virus la şoarecele alb. Probabil că se va găsi curând un remediu specific indispensabil pentru combaterea unei infecţiuni aşa de întinse, care uneori poate avea gravitatea pandemiei din 1919 ce a făcut 15 milioane de morţi pe glob.

Pare că studiul virusurilor filtrante a intrat într'o fază decisivă. S'au obţinut microfotografiile unor corpusculi de 20—70 milimicroni, adică de 500 de ori mai mici decât media obişnuită a bacteriilor. Aceşti corpusculi reprezintă virusul filtrant provocator al unei epizootii. (Mr. J. E. Barnard).

Citează marile progrese realizate în neuro-chirurgie. Anastomozele hypoglosso-faciale, în degenerescenţe ale facialului, redau acestuia integritatea funcţională.

Apoi utilizarea prostigminei de Mary Walker în Myastenia gravis».

Cercetările germane asupra chimiei vegetativului ne explică modul de acţiune. Fibra motrice spinală este colinergică. Colina care-i prelungeşte acţiunea atunci când excitaţia a încetat este distrusă de o esterază musculară, care poate este augmentată în myasteniei. Prostigminul împiedică acţiuna de distrugere a esterazei asupra cholinei.

Interesant este descris procesul mental, graţie căruia Banting a descoperit insulina. Citez textual:

«Tânăr doctor canadian, interesat în chestiunile diabetului, cunoştea toate greutăţile. Intr'o zi citeşte descrierea unei experienţe prin care un chirurg lega canalul pancreatic la un câine şi 6 săpt. mai târziu găsea tot pancreasul atrofiat, afară de insulele lui Langerhans.

Insă, şi acesta era faptul interesant — câinele nu căpătase diabet. In acea noapte stând culcat şi gândind la operaţie, îi veni o idee, să lege canalul pancreatic la un câine, să aştepte 6 săptămâni până ce glanda se atrofiază şi din rest ce este format numai din selele lui Langerhans să facă un extract. Acest extract ar trebui să previe diabetul».

Vine la Toronto, expune ideea prof. Mac Leod care-i dă tot ajutorul material şi ştiinţific şi un asistent benevol, pe Charles Best, care-şi cucereşte locul prin concurs, (unul din singurele concursuri poate, cari au dus la nemurire).

Când mai târziu Banting a venit la Londra, chemat de regele George V, nu erau la gară nici fotografi, nici mulţime avidă de autografe. Sosea un simplu mare binefăcător, sortit nemuririi, iar nu un boxeur sau o stea de cinema.

Aceşti numeroşi binefăcători ai omenirii apar mai toţi ca nedreptăţiţi, ignoraţi sau chiar ridiculizaţi în timpul vieţii. Foarte mulţi nu lucrau nici în centre utilate şi nu erau nici eruditi de ai Facultăţii. Laveran, un modest medic militar colonial, a descoperit hematozoarul într'un laborator primitiv din Alger. Ronald Ross, poet romancier, matematician şi în timpul liber doctor, a descoperit în Indii vectorul hematozoarului, pe celebrul ţânţar «anofeles» care seamănă moartea la 3 milioane de oameni pe an şi acum, în Indii.

Gloriosul inginer Lesseps care tăiase caialul de Suez, şi era considerat ca un titan, găseşte sute de milioane şi face o societate pe acţiuni pentru realizarea canalului de Panama.

Febra galbenă îi decimează 20.000 de lucrători, întreprinderea eşuiază, iar el decade din acea nemăsurată glorie în închisoare.

Un necunoscut medic american Jesse Lazear bănueşte că un ţânţar «Stegomia fasciata» ar fi transmiţătorul. Se lasă înţepat de un astfel de ţânţar plin cu sânge bolnav. Se îmbolnăveşte, demonstrează adevărul şi moare. Se naşte astfel profilaxia boalei şi Canalul de Panama este dat omenirii, isvor de nenumărate miliarde.

Lazear are o mică placă comemorativă la John Hopkins, Hospital din Baltimore, este aproape «un erou necunoscut» al războiului pentru ştiinţă.

Addison descrie pentru prima oară syndromul său în faţa Soc. medico-chirurgicale din Londra, care-l găseşte neserios şi refuză a-l publica în Buletin. Bătrân şi descurajat, se sinucide în 1860, de teamă să nu fie dat afară din Goy's Hospital unde lucra.

Eijckman, medicul unei închisori din Java observă «beriberi-ul» la prizonieri. Maladie misterioasă şi sigur contagioasă se credea. Găinile contractau şi ele aceste paralizii şi mureau. Se miră că el şi ajutoarele sale nu iau boala. Intr'o zi observă faptul interesant că unele găini pe moarte, îşi revin brusc. Caută motivul şi constată că li se schimbase alimentaţia de orez decorticat. Reproduce afecţiunea la porumbei cu orez decorticat şi o vindecă cu extractul de cortex.

Experienţele sale difuzează, apoi se uită şi sunt reluate de Funck la Institutul Lister din Londra cu aceleaşi rezultate demonstrative. Substanţa misterioasă are un nume, este «vitamina B».

Cu câteva luni înaintea morţii, bătrânul pensionar Eijckman, uitat în colonii, primeşte 7 milioane şi celebritatea premiului Nobel.

Şi exemplele se succed numeroase şi evocatoare.

Lectura acestei cărţi poate fi o consolare şi încurajare pentru înfruntarea greutăţilor de cari ne lovim toţi. Intr'un număr precedent colegul Claudian le evoca cu mult talent.

Arăta acolo sacrificiul la care este supusă o întreagă generaţie de medici, lipsiţi uneori de mijloacele cele mai elementare, necesare cercetărilor şi descoperirilor. Suntem de acord în recunoaşterea acestei triste stări de lucruri însă nu trebue să disperăm.

Faptele schiţate în această carte ne

arată că spiritele mari pot lucra şi descoperi în orice condiţii şi în orice vremi, fie ele cât de vitrege. Descoperirea nu vine întotdeauna către cei mai eruditi sau cei înarmaţi cu mijloace technice excepţionale.

Mendel a creiat legea ereditătii, fiind un biet călugăr austriac şi lucrând pe flori de mazăre.

Nu vrem să contestăm că nu s'ar lucra mai mult şi mai bine într'un mediu mai ştiinţific.

Aici s'ar pune din nou chestiunea regimului de «full time» şi a marilor institute, gen cetate universitară.

In momentul de faţă, imperativul naţional al politicilor de stat dictează mai pretutindeni şi în toate ramurile crearea unor buni technicieni, practicieni pozitivi, cu randament maxim, la retribuţie minimă.

Intr'un viitor apropiat liberul profesionist va dispare. Experienţa s'a aplicat în U. R. S. S. unde pare că a reuşit pentru comunitate şi stat, nu ştim dacă şi pentru medici. Dar părerea acestora contează mai puţin decât binele public.

Medicul trebue să se deprindă cu ideea de a fi proletar, înaintea sa trece în societatea de azi marele comerciant, industriaş sau potentat financiar, căruia i se dă un loc de onoare în raport cu diagrama pungii.

Să ne consolăm cu ideea că cel puţin prin această abdicare dela bunurile materiale atingem puncte comune cu marii apostoli ai medicinei.

Iar cei cărora soarta le-a hărăzit o mutaţiune de geniu în creer, se vor distinge oriunde şi în orice timpuri, chiar în această epocă puţine propice pentru cultivarea şi dezvoltarea spiritului.

Marea massă de practicieni să citească, să spere şi să aştepte. Să-şi servească ţara şi aşezămintele ei şi răsplata va veni cândva, lor, sau urmaşilor lor.

REVISTA CARŢILOR

J. D. Mouchotte et L. Chauvois. — Les dessanglées du perinée. Un volum de 198 pagini, cu 64 figuri şi 12 planşe anaglyfe. „L'Expansion scientifique française" Ed. Paris. 1938.

Noul volum al d-lor Mouchotte şi Chauvois este o lucrare concepută în mod cu totul original, având drept scop să atragă atenţiunea medicilor şi bolnavilor asupra cauzelor, manifestărilor şi tratamentului rupturilor şi dislocărilor aparatului muscular genito-pelvian la femee.

Incepând cu câteva noţiuni privitoare la planşeul musculo-aponevrotic al basinului osos, autorii insistă asupra anatomiei vaginului, expunând apoi atât comportarea normală cât şi cea anormală a chingilor perineale în timpul facerii.

De aci decurg diferite varietăţi anatomo-clinice ale rupturilor perineale vizibile sau necunoscute — pe cari autorii le enumără în capitolul următor.

Sunt trecute apoi în revistă principalele turburări pe cari le prezintă femeile cu rupturi perineale post-partum, insistând asupra simptomelor locale şi generale, manifestări dureroase, intestino-digestive, nervoase, cervicite ulceroase, prolapsul complect. Apoi sunt special descrise retroversiunea uterină secundară, meno si metroragiile, în cursul rupturilor perineale.

In fine, repercusiunile familiale si sociale ale rupturilor perineale mai importante chiar decât simptomele lor, formează obiectul unui alt capitol, urmat de descripţiunea formelor fruste, acelea în care terapeutica precoce face profilaxia unor grave turburări.

Volumul se termină cu expunerea terapeuticei preventive, apoi a tratamentului chirurgical şi în fine a tratamentului paliativ si medical al acestor rupturi şi dislocări perineale.

Scrisă într'un stil clar si convingător, lucrarea d-lor Mouchotte şi Chauvois constitue o caldă pledoarie în favoarea operaţiunilor precoce ale rupturilor perineale. Cele 64 figuri, unele schematice, pot fi înţelese chiar de profani, iar cele 12 planşe anaglyfe sunt o inovaţiune fericită permiţând să se urmărească technica perineorafiilor prin imagini în relief.

Este o carte a cărei consultare o recomandăm cu toată căldura.

Prof. Dr. C DAN'EL

Dr. George D. Vintilă." Istoricul Obstetricei şi Ginecologiei româneşti."

In situaţia de astăzi, când lumea este obsedată de realizări materiale se găsesc oameni cari pătrunşi de ideea unei munci cinstite nu au decât un singur scop: satisfacţiunea de a putea da la iveală un gând şi de a concretiza o idee.

Invidia şi patima dintre oameni a împiedicat multă vreme evoluţia civilizaţiei; cine a putut străbate prin viaţă cu indiferenţă, urmându-şi chemarea şi a reuşit să-şi atingă ţinta, acela poate fi mândru de drumul parcurs.

Aceste gânduri mi-au fost sugerate de apariţia lucrării intitulate: «Istoricul Obstetricei şi Ginecologiei româneşti», scrisă de dr. George D. Vintilă, asistent universitar şi editată de Tipografia «Furnica».

Un mare scriitor spunea: «ce importă cel ce creiază? nu este real de cât ceeace se creiază; omul dispare, opera sa rămâne».

Cartea apărută este dedicată maestrului său, Prof. Dr. N. Gheorghiu, iar motto: «Sănătatea morală şi fizică a unei naţiuni depinde de valoarea protecţiei mamei şi a copilului», aluzie susceptibilă a face din Istoricul obstetricei şi ginecologiei româneşti un isvor de noui inspiraţiuni.

Autorul, prin cele 750 de pagini, presărate cu numeroase clişee de documente, hrisoave şi fotografii a personalităţilor cari au ilustrat mişcarea acestor două specialităţi, reuşeşte să ne descopere un bogat şi preţios material care a format fundamentul medicinei de astăzi.

După ce descrie moşitul empiric, practicat de babe şi de medicii străini, asistăm la primele înjghebări de Institute de naştere, cari au marele merit de a fi începutul Invăţământului medical, organizat la noi în ţară.

Ca fost elev al Institutului «Maternitatea din Bucureşti, redă istoricul acestui Institut pe 100 de ani, 1839—1938, al cărui jubileu se va sărbători în toamnă.

In acest istoric al Maternităţii găsim trecuţi toţi conducătorii instituţiei cu activitatea spitalicească şi cu doctrina şcoalei împărţită în 5 epoci.

Urmează un capitol al istoricului Maternităţilor din ţară, din care reese că toate la un loc însumează un număr de 1710 paturi în Maternităţile propriu zise; şi un număr de aproximativ 10.000 paturi pentru toate spitalele din ţară.

Deasemeni un capitol este rezervat protecţiei mamei şi copilului.

In biografiile persoanelor cari au promovat mişcarea obstetricală şi ginecologică, găsim întreaga activitate didactică şi extra-şcolară trecută cu o minuţioasă grijă.

Autorul în această privinţă adaogă: «Acest început luminos de biografii, proiectate dealungul veacurilor viitoare vor apare în dimensiunile lor adevărate şi vor fi statuate, acolo unde raţiunea rece a istoriei va şti să le aşeze».

Ultimile pagini, cuprind o bibliografie complectă de tot ceea ce s'a scris în acest domeniu, începând dela anul 1806: teze dela Bucureşti, Iaşi, Cluj, articole, comunicări şi note culese în mod cronologic din toate revistele şi publicaţiile dela apariţia lor.

Cu o migăloasă şi rodnică muncă, a reuşit prin scurte rezumate ce însoţesc unele publicaţii epuizate, să ne redea o icoană fidelă a unui trecut vrednic de cr etat.

In sfârşit o lucrare ce face cinste Universităţii şi aşezămintelor spitaliceşti.

Dr. IOANIN LUPESCU.

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CĂRBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC | **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** | **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVI-e

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti 1, str. Sf. Apostoli 21

ANGINE DE POITRINE

AORTITES, ASTHME CARDIAQUE, ARTÉRITES ETC.

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 ou 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS
MAXIMUM : 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO — PARIS (XVI)

Reprezentanţa generală: PAUL ILUTZA, Str. Olari No. 23. — Telefon: 2.39.46.

Reumatismul formează azi o **problemă socială**

Terapeutica trebue adaptată progresului.

Domnii medici satisfac bolnavii şi se menţin în ritm cu vremurile prescriind medicamente de eficacitate **sigură, rapidă** şi **durabilă**.

Acest principiu recomandă în tratamentul tuturor formelor de **reumatism** (toate algiile articulare, muschiulare, nevritice).

Ampoules REIPAR

Cutii a **10 fiole** de 2 cmc. de acid salicilic vegetal în soluţie izotonică de **betula lenta**; netoxic, nedureros, calmant.
Se injectează zilnic la nivelul încheeturilor bolnave 2—4 cmc. subcutanat.

Administrare nedureroasă, difuziune şi absorbţie rapidă cu efect analgetic durabil loco dolenti.

Reumatism poliarticular acut: injecţia locală declanşează reacţii de vindecare cu repercusiuni asupra întregului sistem articular.
Se administrează paralel salicilat **Vansol** per os; fricţiuni cu *Hormosan extern*.

Reumatism subacut şi cronic injecţii locale cu recuperarea rapidă a funcţiunilor articulare. Tratament economic prin eficacitate, prin rapiditatea vindecării şi recuperării activităţei funcţionale.

observaţii, eşantioane la cerere.

VANSOL

Acid acetylsalicilic, acid fenylcichonic, acid colchic.
în cachete numai pentru adulţi, după mese 2—4 pe zi.
Formulă fericită pentru tratamentul formelor de reumatism subacut şi cronic; eficace în formele gutoase.
Singur sau asociat cu **Reipar**
Cutii a 20 cachete.

Pentru aplicaţii locale o prescripţie cu bază de **histamină**

HORMOSAN EXTERN

(mecanism de acţiune: vaso-dilataţie locală cu rezorbţie simultană a metoxymethylsalicilatului).

Un preparat de aur netoxic, nedureros, indicat în tratamentul tuberculozei şi a reumatismului cronic:

MYORAL

(Aurothioglicolat de calciu cu 64,25% aur)

Se administrează intramuscular la interval de 4—8 zile; fiole de $^1/_2$, 1, 2, 3 c.c.

Indicaţiile calciterapiei găsesc o formulă fericită în

FRANCALCIUM

(Acetylglycocolat de calciu)

Fiole *de 5 cmc. injectabile intramuscular absolut nedureroase.* **Soluţie** *plăcută la gust: 100 picături conţin un gram substanţă activă*
Comprimate *3 ori câte 2 pe zi.*

Indicat în tuberculoză, rachitism, fracturi, carii dentare, convalescenţă, reumatism cronic, sindrome hemoragice hypopepsii cu diaree.

Preventiv al complicaţiilor pulmonare acute şi cronice, **modificator** activ al bronşitelor cronice, curativ în broncho-pneumonii, în pusseurile bacilare acute.

GAIACAMPHRE

Soluţie apoasă nedureroasă în fiole a 2 ccm. de 0,20 camphosulphonat şi 0,10 glyceryl gaiacol.

La bronşitele cronice şi afecţiunile catarale ale căilor respiratorii

Pâte pectorale „MONT DORE"

Bomboane gumate plăcute la gust
preparate din apa minerală din Mont Dore

Providenţa astmaticilor:
Curative — Preventive

Tigaretele „MONDORASME"

a căror aspirare la începutul crizelor ajunge pentru a le diminua violenţa şi durata, uzajul zilnic le poate preveni.

In atonii intestinale.
In constipaţiile rebele, un medicament plăcut cu ingrediente organo-vegetale

HORMOLAX

LAXATIV, PURGATIV
1—2 seara la culcare
în formele rebele 4 pe zi.

Medicamentul-aliment plăcut de luat, fără a prezenta inconvenientele unturei de peşte, uşurând creşterea copiilor şi a celor slăbiţi, reconstituind sistemul nervos etc., este

„MALT-OLEOL"

(Extract de malţ, extract de untură de peşte şi glycerophosphaţi).

Cel mai puternic antiseptic intern şi extern:

„ANIODOL"

Prezentarea: soluţie internă şi externă, ovule, pudră, vaselină şi săpun.

Contra Artritismului, Gutei, Boalelor de stomac, etc., prafurile:

„LITHINÉS VICHY TILLAT"

sunt suverane
1 pachet la 1 ltr. apă.

„NIFAR" S. A. R. BUCUREŞTI III, STR. MARIA ROSETI 47. TEL. 2.99.31

Medicina românească sub domnia Regelui Carol I

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Intreg poporul românesc a sărbătorit, cu prilejul centenarului, memoria Regelui Carol I şi formidabila operă ce a înlăptuit, — într'un spirit de pioasă recunoştinţă şi de sinceră admiraţie pentru puternica personalitate a gloriosului Rege.

In adevăr, România mică, dar eroică, în tot trecutul ei vijelios, pe care a găsit-o Principele Carol la 1866, a devenit sub conducereea Sa, o ţară independentă şi puternică, apropiindu-şi din ce în ce mai mult, binefacerile civilizaţiei occidentale, mult evoluată graţie progreselor ştiinţei şi creaţiunilor culturale ale secolului al XIX-lea.

Medicina românească a făcut mari progrese sub domnia Regelui Carol I, atât pe planul activităţii ştiinţifice, cât şi pe cel al realizărilor practice de asistennţă medicală şi socială.

Aceste progrese au fost posibile graţie spiritului nou în organizaţia de Stat pe care principele l'a adus în ţară şi care fiind aplicat în occident, dăduse bune rezultate.

Intr'un articol comemorativ: «*Medicina în timpul Regelui Carol I*», scris de d-rul *G. Banu* şi publicat în «Revista Fundaţiilor Regale», — autorul expune în mod foarte documentat, evoluţia ideilor şi înfăptuirilor mari în domeniul sanitar ce s'au făcut între anii 1866 — 1914.

Revenind aici, asupra acestei chestiuni, o facem, pentru a asocia Corpul medical românesc şi revista noastră la comemorarea Marelui Rege.

Cu acest prilej, ţinem să adăogăm, pe marginea expunerei documentate a d-rului *Banu* câte va comentarii.

Privind retrospectiv desvoltarea medicinei româneşti, sub domnia Regelui Carol I, vedem că ea s'a făcut graţie câtorva mari personalităţi, cari prin ideile lor, prin prestigiul lor şi prin munca lor, au înălţat medicina naţională la nivelul celei occidentale, în curs de câteva decenii.

Cel dintâi inovator şi creator în domeniul medicinei româneşti, a fost d-rul *Carol Davila*, care a întemeiat Facultatea de medicină, care a organizat Serviciul sanitar militar şi civil.

Puternica lui personalitate a dominat viaţa medicală românească timp de treizeci de ani (1854 — 1884).

O înţelegere exactă şi o apreciere justă a operei lui Davila, nu o putem face decât ţinând seama de împrejurările politice extrem de grele în cari se găsea atunci ţara românească şi de stadiul, încă incipient, în care se afla ştiinţa medicală de pretutindeni.

Chemat în ţară în timpul domniei lui Vodă Ştirbey, acest francez de o superioară intelectualitate, a ştiut să urmărească misiunea sa medicală, în afară de controversele politice, sub Cuza Vodă, ajungând la realizări definitive sub glorioasa domnie a Regelui Carol I.

Organizarea sanitară a ţării a făcut apoi, progrese însemnate sub conducerea viguroasă şi competentă a *Profesorului Felix*.

Atunci s'au pus baze serioase nu numai pentru o mai bună organizare a spitalelor, dar şi pentru iniţierea unei mişcări de profilaxie a boalelor infecţioase şi de medicină preventivă.

Intr'o epocă în care aceste probleme nu erau rezolvate pe plan ştiinţific şi nu erau nicăieri soluţionate din punct de vedere practic, legiferarea românească făcută de *Profesorul Felix*, constituia o inovaţiune îndrăzneaţă.

Ce păcat că nu s'a putut merge nici atunci, nici mai târziu până la ultimele consecinţe logice ale ideilor pe cari marii protagonişti ai medicinei româneşti le-au promovat!

In domeniul ştiinţei pure pe plan internaţional, România şi-a câştigat un loc de onoare prin opera de mare savant a Profesorului *Babeş*.

Ajuns la o mare notorietate europeană prin lucrările sale, cercetător pasionat în domeniul bacteriologiei şi anatomiei patologice, *Babeş* s'a preocupat în acelaş timp, de acele probleme cari erau legate în mod deosebit de sănătatea poporului român. Astfel lucrările sale asupra Pelagrei erau pornite în egală măsură, din interesul ştiinţific al problemei ca şi din importanţa ei socială.

Către sfârşitul secolului trecut descoperirile lui Pasteur, deschisese perspective nebănuite şi nesperate chirurgiei.

Medicina românească trebuia să abordeze şi acest domeniu pentru a aduce contribuţia sa la progresul ştiinţei şi pentru a pune în serviciul poporului nostru binefacerile chirurgiei.

Atunci a apărut Profesorul *Toma Ionescu*. El a pus în serviciul misiunei sale nu numai un excepţional talent chirurgical dar şi un spirit inventiv, care a dus la multe inovaţiuni technice. Dacă adăogăm simpatia ce iradia în jurul său şi voinţa fermă de a întemeia o şcoală, înţelegem de ce a putut să asigure o desvoltare impresionantă chirurgiei româneşti.

Aproape în aceeaşi epocă, a desfăşurat *Prof. Cantacuzino* marea sa activitate ştiinţifică şi medico-socială.

Om de excepţională valoare, a adus, prin lucrările sale, o contribuţie importantă în progresul microbiologiei, creindu-şi o mare reputaţie printre oamenii de ştiinţă ai lumii.

In 1910, Profesorul *Cantacuzino*, cu ajutorul Profesorului *Sion*, a dat ţării o nouă organizare sanitară, creind cadrele legale pentru desvoltarea medicinei româneşti, pentru două decenii.

Prin această legiferare, medicina profilactică a fost larg aplicată, spre imensul folos al populaţiei, iar medicina curativă — apanagiu până atunci al unor cercuri restrânse — a devenit accesibilă tuturor claselor sociale.

Prin activitatea, prin competinţa şi prin munca entuziastă a Profesorului Cantacuzino, România a făcut la 1910, un mare salt în drumul către progres. Legiferarea aceasta reprezintă în istoricul medicinei româneşti, o etapă luminoasă şi hotărâtoare.

* * *

Ideile protagoniştilor medicinei româneşti, s'au putut transforma în realizări temeinice, graţie faptului că Regele Carol I a avut încredere în ştiinţa, în capacitatea de organizare şi în talentul acestor oameni.

Dealtfel Regele Carol a manifestat această încredere deosebită, în medicina românească, atunci când a luat ca medic al său şi al Curţii pe d. Dr. *I. Mamulea*, medic primar, foarte tânăr în acea vreme, la Spitalul Eforiei dela Sinaia.

Clinician desăvârşit, care făcuse o frumoasă carieră medicală, graţie concursurilor strălucite pe care le trecuse, d. Dr. Mamulea, de curând venit la Sinaia, îşi stabilise o reputaţie bine meritată.

Regele auzind de renumele tânărului doctor, l'a invitat la Palat, numindu-l medic al Său şi al Curţii, calitate pe care o păstrează şi azi.

Ce dovadă de mai mare încredere în medicina românească, decât aceasta ?

* * *

Sub domnia Regelui Carol I, medicina românească, a ajuns la nivelul ţărilor de veche cultură, prin crearea unei ambianţe ştiinţifice în clinici şi laboratoare, prin organizarea Facultăţilor de medicină din Bucureşti şi Iaşi, prin formarea unui corp medical românesc bine pregătit, prin legiferarea unei bune organizări sanitare care căuta să pue în serviciul societăţei româneşti mijloacele preventive şi de asistenţă medicală ale ştiinţei contimporane.

Desigur că este enorm pentru o viaţă de om.

Deaceea se cuvine să aducem prinosul nostru de recunoştinţă, Marelui Rege, nu numai ca Români, dar şi ca medici.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Al IV-lea Congres Naţional de tuberculoză.

In ziua de 27—29 Mai, a avut loc la Cernăuţi, sub Inaltul patronaj al M. S. Regelui Carol al II-lea al IV-lea Congres Naţional de tuberculoză.

Chestiunile la ordinea de zi a congresului au fost următoarele:

1. Tuberculoza în mediul rural

Raportori: Prof. M. Ciucă şi M. Nasta: Aspectul general al problemei.

Coraportori: Profesori A. Bălteanu şi I. Alexa (Iaşi): Tuberculoza în centrul de demonstraţie Tomeşti.

Medic general dr. I. Bălănescu şi cpt. I. Gaspar (Bucureşti): Tuberculoza în armată.

M. Nasta, I. Gaspar şi colaboratori: Tuberculoza în circumscripţia Brăneşti-Ilfov.

Stoichiţa I. (Sibiu) şi Ştefan Popescu: Anchetă asupra Tuberculozei în 74 comune din Inspectoratul Sanitar Sibiu.

Agr. Zolog (Cluj), Râmneanţu şi Prodan: Tuberculoza în plasa sanitară model Gilău.

2. *Turburările metabolismului în tuberculoză şi metodele terapeutice menite să le influenţeze.*

Raportor: Prof. Gh. Popovici (Cluj).

3. *Tuberculoza laringelui.*

Raportori: Dr. I. Ţeţu, T. Veber, M. Blechmann şi S. Popian.

4. *Rolul sorei de ocrotire în lupta antituberculoasă.*

Raportor: D-na Castriş (Iaşi).

In ziua de 28 Mai a avut loc o excursiune la Cetatea Hotinului, iar la 30 Mai o altă la Mânăstirile din Bucovina: Putna, Sucevita, Gura Humorului, Voroneţ, Şolca.

Al doilea curs de perfecţionare şi complectare de clinica şi terapia boalelor de nas-gât şi urechi.

Intre 5—17 Iunie c., se va ţine la clinica O. R. S. dela Spitalul Filantropia al 2-lea curs de perfecţionare în clinica şi terapia boalelor de nas gât şi urechi cu următorul program:

Luni, 5 Iunie: ora 8 dim.: Deschiderea cursului: Importanţa otorino-laringologiei, în legătură cu patologia şi terapia generală.

Ora 9 dim.: Otoscopia, afecţiunile urechii externe şi tratamentul lor: furunculoza, eczema, micozele urechii, corpii străini, malformaţiunile conductului, tumorile conductului şi pavilionului.

Marţi, 6 Iunie: ora 8 dim.: Otita medie acută şi cronică, diagnostic şi tratament.

Ora 9 dim.: Examenul capacităţei auditive, probele cu diapazonul, cu vocea şi ceasornicul. Paracenteza timpanului, pansamentul auricular, probele labirintice.

Miercuri, 5 Iunie: ora 8 dim.: Complicaţiile otitei medii supurate, diagnostic şi tratament.

Ora 9 dim: Antromastoidotomia, evidarea petromastoidiană, parţiala şi totală.

Vineri, 9 Iunie: Ora 8 dim.: Importanţa fiziologică a foselor nasale.

Ora 9 dim.: Examenul foselor nasale, narinoscopie, rinoscopie anterioară, posterioară, tuşeul faringean, cateterismul trompei lui Eustache, instilaţiile şi spălăturile nasale, rezecţia submucoasă.

Sâmbătă, 10 Iunie: Ora 8 dim.:Rinosinuzitele acute şi cronice, diagnostic, complicaţii şi tratament, diafanoscopia.

Ora 9 dim: Punctia şi spălătura sinusurilor maxilare şi frontale, operaţia endo-nasală a sinuzitei maxilare, cura radicală (operaţia Caldwel-Luc) în supuraţiile cronice.

Luni 12 Iunie: Ora 8 dim.: Afecţiunile acute şi cronice ale cavităţii faringiene.

Ora 9 dim.: Adenectomia, chirurgia amigdalelor, diatermocoagularea, operaţia flegmoanelor periamigdaliene şi faringiene.

Marţi, 13 Iunie: Ora 8 dim.: Polipii nasali, polipii sângeroşi ai septului, fibromul naso-faringean. Extirparea lor pe căile naturale.

Miercuri, 14 Iunie: Ora 8 dim.: Laringita acută şi cronică, formele anatomo-clinice, diagnostic şi tratament.

Ora 9 dim.: Laringoscopia indirectă, instilaţii şi pensulaţii laringiene, galvano şi diatermocoagularea în laringitele tuberculoase, inciziile pe căile naturale ale supuraţiilor perilaringiene.

Joi, 15 Iunie: Ora 8 dim.: Tumorile laringelui, diagnostic şi tratament.

Ora 9 dim.: Trahetomia, tyrotomia, laringectomia parţială şi totală, radio şi radium-terapia în tumorile aparatului fonator.

Vineri, 16 Iunie: Ora 8 dim.: Indicaţiile medico-chirurgicale ale Bronchoesofagoscopie; broncho-scopo-terapia.

Sâmbătă, 17 Iunie: Ora 8 dim.: D-nii medici participanţi vor executa personal diferite operaţiuni.

Cursul se face sub direcţia Profesorului Meţianu, cu ajutorul asistenţilor clinicei.

Inscrierile se fac până la 30 Maiu 1939 la clinica O. R. L. din Spitalul Filantropia, Bucureşti.

D-nii medici cari vor lua parte la acest curs vor fi puşi să execute personal operaţiile demonstrative.

Reuniunea Comitetului European de igienă mintală

A VI-a reuniune a Comitetului European de igienă mintală se va ţine la Lugano, în Elveţia, în zilele de 4, 5 şi 6 Iunie cor.

Comitetul Naţional elveţian a decis să consacre lucrările acestei reuniuni, unei teme unice: «*Comprehensiunea mutuală şi Igiena Mintală*».

Asupra acestei chestiuni se vor prezenta rapoarte şi referate de cei mai autorizaţi specialişti şi cercetători în domeniul Igienei mintale: Répond (Elveţia); Vie şi Minkovsky (Paris); Caparède (Geneva); Kretschmer (Germania); Ley (Belgia); Hargreaves (Londra); Billström (Suedia), etc.

Pentru că reuniunea acestei conferinţe europene, urmăreşte, pe lângă discuţiunile ştiinţifice şi aplicarea practică a normelor acestei discipline, în ultima şedinţă se va discuta chestiunea *îndatoririlor imediate ale Igienei mintale în Europa,* căutând să se fixeze metodele cele mai bune prin cari această nouă disciplină ar putea influenţa viaţa spirituală şi socială în diferite ţări.

Din România va lua parte la această conferinţă D. *Prof. Dr. P. Tomescu,* delegat al Facultăţei de Medicină din Bucureşti.

Dela Societatea internaţională de istoria medicinei

Comitetul permanent al acestei societăţi s'a întrunit în ziua de 15 Aprilie, la Facultatea de Medicină din Paris, sub preşedinţia d-rului Gomoiu.

D. Tricot-Royer, preşedinte-fondator, în numele Comisiunei Ioan Cantacuzino, a citit un raport foarte documuentat asupra ultimilor achiziţiuni ale folklorului medical şi planul de ansamblu pentru a-i mări întinderea. Semnalează în această ordine de idei interesul viitorului Congres al folklorului ţărănesc care se va ţine la Grenoble, în luna Iulie.

D-l Diepgen (Berlin), propune programul celui de-al XII-lea Congres internaţional de istoria medicinei care se va ţine la Berlin dela 22 la 28 Septembrie 1940.

Prima temă principală se referă la evoluţiunea medicinei dela Harvey până la Haller, adică epoca filozofilor.

Fiectre coraportor naţional va expune chestiunea în ţara respectivă. Au fost astfel desemnaţi: Cumrie pentru Anglia; Laignel-Lavastine, pentru Franţa; Tricot-Royer, pentru Belgia; Schronk pentru Olanda, Schryrok pentru Statele-Unite; Artelt, pentru Germania; Gomoiu, pentru România; Thaller, pentru Jugoslavia; Hult pentru Ţările Scandinave, etc.

A doua temă va fi consacrată istoriei tifosului exantematic.

Rapoartele vor trebui înaintate înainte de 1 Aprilie 1940.

Pentru prepararea laptelui calcic

CALCILACTIN

„Sapic"

Tablete

CALCILACTIN I

Calcium lacticum
Amyl. oryzae

Alimentaţie suplimentară şi medicală pentru sugarii dispeptici şi diareici.

CALCILACTIN II

Calcium lacticum
Amyl. maidis
Zahăr

Alimentaţie suplimentară pentru sugarii constipaţi.
Alimentaţie de durată ideală pentru sugari.

Mostre şi literatură trimite la cerere

Departamentul ştiinţific SAPIC Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.

Remedii suverane în tratamentul turburărilor cardio-vasculare

AGATHEOSAN
CALCIUMTHEOSAN
JODCALCIUMTHEOSAN
JODPAPAVERINTHEOSAN

Preparatele cu Teobromină Dr. WANDER

Mostre şi literatură trimete la cerere

Dr. WANDER Soc. pe Acţ.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI. Str. Cazărmei 89

Carbantren «Ciba»

10% Bismuthiodchloroxychinolin
20% Pektin
70% Cărbune activ

- împiedică desvoltarea florei patologice intestinale.
- absoarbe toate toxinele exogene și endogene din intestin.
- diminuă peristaltica intestinală exagerată.

La enterocolite cronice se poate eventual administra, în acelaș timp, Entero-vioform pe cale rectală.

Ambalaj: pachet cu 50 gr. Cărbune granulat.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel
«CIBA»

In chirurgia accidentelor profesionale precum și rănirile la concursurile sportive

ANTIPHLOGISTINE

se află, în primul rând, ca material de pansament.
La zdreliri și ciocniri, mai ales când se întâmplă să fie însoțite de infecțiuni, Antiphlogistine este foarte indicată ca tratament local al rănilor.
Antiseptic, împiedică desvoltarea bacteriilor, fortifică vasele capilare, evită întinderea inflamației și favorizează procesul de vindecare.
Aplicarea și îndepărtarea nedureroasă.

Eșantioane și literatură la cerere.

ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YORK. U. S. A.
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sf. Ionică No. 8, București I.

Cursuri de Specializare în Germania

Institutul german de specializare medicală a organizat pentru sezonul verii următoarele cursuri de specializare:

1. *La Hamburg:* Dermatologia şi Venerologie tratamentul cu raze (Mulzer). Localul cursurilor: Clinica Universitară Dermatologică (26.6 — 1.7. 1939). Onorariu: RM 60 — (mărci germane).

2. *La Hamburg:* Radiologie (în special terapia profundă). Holthusen. Localul cursului: Institutul Universitar de Radiologie (3-8.7. 1939). Onorariu RM 60.

3. *La Viena:* Dermatologie şi Venerologie, tratamentul cu raze (Scherber). Localul cursului: Clinica Dermatologică Universitară (26.6. — 1.7. 1939). Onorariu RM 60.

4. *La Viena:* Cosmetică şi plastică (subsecţiune dermatologică, chirurgicală şi otologică). Localurile cursurilor: mai multe clinici din Viena (3. — 15.7.39). Onorariu pentru cursul întreg: RM 120.

A. Partea dermatologică (3.—5.7.39) Onorariu RM 30.

B. Partea chirurgicală (6. — 12.7.39) Onorariu RM 70.

C. Partea otologică (13. — 15.7.39). Onorariu RM 35.

5. *La Viena:* Urologie (Haslinger) localul cursului: Clinica II-a Universitară (17. — 22.7.1939). Onorariu RM 60.

6. *La Viena:* Afecţiunile dentare bucale şi maxilare (Pichler). Localul cursului: Spitalul policlinic (17. — 22 7.1939). Onorariu RM 70.

7. *La Viena:* Toraco — chirurgie (Denk). Localul cursului: Clinica II chirurg. univers. (24. — 29.7.1939). Onorariu RM 70.

9. *La Köln (Colonia).* Chirurgie abdominală (v. Haberer). Localul cursului: Clinica chirurg. univers. (31.7. — 5.8.39). Onorariu RM 70.

10. *La Bochum şi Gelsenkirchen-Buer:* Chirurgia accidentelor şi a membrelor, inclusiv expertiza accidentelor (Burkle — dela Camp.) Localul cursului: Spitalele «Bergmannsheil I şi II» (7. — 12.8.39). Onorariu RM 70.

11. *La Köln:* Radiografia în chirurgia accidentelor (Grashey) Localul cursului: Institutul radiologic universtar (13. — 15.8.39). Onorariu RM 30.

12. *La Köln:* Ortopedie (Hackenbroch.). Localul cursului: Clinica ortopedică universitară (16. — 19.8.39) Onorariu RM. 50.

13. *La Hohenlychen:* Chirurgie de restabilire, fizioterapie (Gebhardt): Localurile cursului: Diferite sanatorii (21. — 23.8.39). Onorariu RM 35.

14. *La Viena:* Craniul în radiografie şi clinică (Mayer). Localul cursului: Spitalul general (3.7. — 5.8.39). Onorariu RM 70.

15. *La München:* Radiografie pentru internişti şi chirurgi (Stumpf). Localul cursului: Spitalul general (31.7. — 5.8.39). Onorariu RM 70.

16. *La Breslau:* Diagnosticarea afecţiunilor gastrointestinale (Gutzeit). Localul cursului: Clinica Medicală Universitară (26. — 29.6.39). Onorariu RM 35.

17. *La München:* Boli de sânge; afecţiuni nervoase; articulare; turburări ale metabolismului; endocrinologie: vitamine (Schlittenhelm, Stepp.) Localul cursului: Clinica I şi II-a universitară (3. — (3. — 8.39). Onorariu RM 50.

18. *La Viena:* Dietetică (Eppinger, Risak). Localul cursului: Clinica I-a Universitară. (10. — 15.7.39). Onorariu RM. 50.

19. *La Berlin:* Boli infecţioase, de inimă, turburări de circulaţie şi afecţiuni renale (Horsters). Localul cursului: Spit. Rud. Virchov (17. — 22.7.39). Onorariu RM 50.

20. *La Lübeck:* Alergier (Hansen). Localul cursului: Spitalul policlinic (24. — 29.39). Onorariu RM 50.

21. *La Frankfurt M.:* Neurologie, psichiatrie, psihoterapie (Kleist). Localul cursului: Clinica Neurol. Univ. (31.7. — 5.8.39). Onorariu RM 90.

22. *La Berlin:* Pediatrie, profilaxie, pediatrică, alimentaţie, fizicultură infantilă, afecţiuni ale metabolismului, neurologie psihiatrie, problema întârziaţilor, patologie ereditară (Bessau, Homeister). Localul cursului: Clini-infantilă universit. Kaiserin Auguste — Victoria — Haus, Spitalul Kaiser und Kaiserin Friederich (26.6. — 1.7. 39). Onorariu RM 50.

23. *La Köln:* Pediatrie; Boli infecţioase, turburări circulatorii afecţiuni renale, alergie, asistenţă (Kleinschmidt). Localul cursului: Clinica infantilă universit. (3.—8.7.39). Onorariu: RM 50.

24. *La Lipsca:* Problemele vechi şi noi ale mamoşului (Lehrveder). Localul cursului: Clinica ginecologică universit. (3.—8.7.39). Onorariu RM 70.

25. *La Tübingen:* Oto-rino-laringologie. (Albrecht). Localul cursului: Clinica otologică universitară (26.6 — 8.7.39). Onorariu împreună cu cursul de operaţie RM 15. Fără curs de operaţie RM 100.

26. *La Lipsca:* Probleme obişnuite în consultaţiile ginecologice Schroeder). Localul cursului: Clinica Ginecologică Universitară (10. — 15.7.39). Onorariu RM 70.

27. *La Halle:* Oftalmologie (Clausen) Localul cursului: Clinica oftalmolgică universit. (26.6. — 1.7.39). Onorariu RM 75.

Cursurile se vor ţine în limba germană.

Numărul locurilor este limitat.

Informaţiuni, prospecte: Aerztliches Fortbildungswesen, Berlin NW 7, Robert — Koch — Platz 7 (Kaiserin Friederich Haus).

Concurs de medici primari de judeţ.

Se aduce la cunoştinţa generală că în ziua de Luni 3 Iulie 1939, la ora 9 a. m. va începe la Bucureşti, Ministerul Sănătăţii şi Asistenţeei Sociale, din Calea Griviţei No. 64, concurs pentru ocuparea posturilor de medici primari ai judeţelor: Cahul, Fălciu şi Neamţ.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs medicii sanitari definitivi cu 10 ani vechime.

Concursul constă din următoarele probe:

1. o probă de titluri, lucrări şi activitate în serviciu;

2. O probă de administraţie şi legislaţie sanitară;

3. O probă de medicină legală;

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs vor rebui să înainteze Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de 2000 lei (două mii), cu cel puţin 30 zile înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Cea mai bună propagandă

A reapărut zilele trecute volumul III din Tratatul de Fiziologie normală şi patologică: Foie et Appareil urinaire. Intre colaboratori regăsim numele d-rului I. Pavel.

Raporturile noastre zilnice ne-au obişnuit să considerăm ca un ce câştigat valoarea şi originalitatea lucrărilor sale. Ultima sa carte asupra «Afecţiunilor neulceroase ale duodenului» scrisă în colaborare cu dr. Păunescu-Podeanu a fost excepţional de bine primită de critica străină, iar lucrările mai vechi asupra veziculei biliare făcute în colaborare cu prof. Chiray au devenit clasice.

Apariţia numelui d-sale pe coperta unui tratat colectiv, motiv de mândrie pentru d-sa şi bun mijloc de propagandă culturală pentru noi, ne dă şi alt prilej de gândire: Anume asupra situaţiei sale la noi.

Am facilitat noi oare punerea în valoare a acestui element pe care timpul l'a verificat ca fiind creator?

O distincţiune pentru D-rul Al. Crăiniceanu

D-l Conf. Dr. Al. Crăiniceanu a fost ales membru asociat al Societăţii de Sexologie din Paris pentru studiul biologic al *generaţiunii, eredităţii şi natalităţii.* Această Societate actualmente sub preşedinţia Prof. G. Laroche, numără ca membri personalităţi ştiinţifice din Franţa şi ţările amice.

Conferința d-lui Dr. Gh. Banu: Demografia și protecția copilăriei în Italia

In ziua de 29 Aprilie 1939 d. dr. *G. Banu, fost ministru al Sănătății, a ținut sub auspiciile Asociației «Amiciția italo-română», o interesantă conferință, în care a expus următoarele idei fundamentale:*

Demografia, știința care studiază mișcarea populației unei țări și măsurile de stimulare numerică și calitativă a acestei populații, prezintă cele mai strânse legături cu protecția copilăriei în țara respectivă.

In primul rând, este important să urmărim evoluția *natalității* în diversele state, adică a numărului de copii cari se nasc în fiecare an, raportat la cifra populației (la 1.000 locuitori). Din acest punct de vedere, deosebim țări de tip *progresiv*, în cari natalitatea descrește foarte puțin dela un an la altul; apoi, țări de tip *staționar* (o bună parte din țările europene și extraeuropene, printre cari și Italia), unde natalitatea descrește într'o proporție mai însemnată; înfine, țările de tipul *regresiv*, în cari natalitatea merge în descreștere accentuată.

Al doilea element de apreciere, de care trbue să ținem seamă, este *mortalitatea* (numărul anual de decese raportat la 1.000 locuitori), din acest punct de vedere deosebind aceleași trei grupe de țări: de tip progresiv (cu o mare natalitate); de tip staționar (cu scăderi însemnate ale mortalității) și de tipul regresiv (țările în cari mortalitatea este foarte redusă).

Evoluția natalității și a mortalității determină *excedentul natural* al populației unei țări, adică prisosul anual al nașterilor asupra deceselor. Excedentul natural va fi: ridicat la țările de tip progresiv, mijlociu la țările de tip staționar și foarte scăzut la cele de tipul regresiv.

Un criteriu foarte important de apreciere a situației demografice îl constitue *stratificarea pe grupe de vârstă*. Țările de tipul progresiv prezintă cea mai favorabilă stratificare, deoarece la ele grupa de vârstă tânără (0—15 ani) este foarte bine reprezentată numericește (35%—40% din populația totală), în schimb grupa indivizilor trecuți de 50 ani nereprezentând decât un procent de 10%—15%. In țările de tip staționar, grupa de populație a tineretului este mai slab reprezentată (maximum 35% din populația globală), pe când procentul indivizilor trecuți de 50 ani crește. Stratificarea cea mai defavorabilă o prezintă țările de tip regresiv, în cari proporția tineretului nu e decât 20—25%, în schimb crescând foarte mult procentul bătrânilor.

Expresia diverșilor factori cari concură la situația demografică a unei națiuni, este *media de viață*, adică probabilitatea medie de supraviețuire a noului născut. Pentru Italia, media de viață este de 54,9 ani.

Urmărind, în timp, desfășurarea vieții popoarelor, constatăm *cicluri de evoluție*, caracterizate printr'o perioadă de ascensiune, alta de staționare și o a treia de declin. Perioada de declin se instalează atunci când survin un complex de cauze de ordin economic, politic și biologic. Printre acești din urmă factori, unul din *cei* mai importanți este *denatalitatea*, fenomen observat în ultimele decenii la majoritatea popoarelor civilizate și constând în limitarea voluntară a numărului copiilor.

Voința de redresare demografică a popoarelor se manifestă, tocmai, în primul rând, prin măsurile cari se iau pentru *stimularea natalității*. Este, în această măsură, și exteriorizarea instinctului de procreație, traducând dragostea de viață, și conștiința predominării intereselor colective asupra sferei limitate a intereselor egoiste individuale. *Familia* trebue protejată, chiar în dauna individului izolat.

Lupta contra mortalității infantile este încă una din măsurile cari contribue la redresarea demografică a națiunii.

Nupțialitatea (numărul anual de căsătorii încheiate, la 1.000 locuitori), care a scăzut în timpul războiului până la coeficientul 3,38, a urcat în anii următori, până la 8,6. Vârsta medie a căsătoriei este destul de favorabilă: 27 ani și 3 luni pentru bărbați, 23 ani și 8 luni pentru femei.

In privința *prolificității*, adică a numărului mediu de copii cari revin de fecare femeie aflătoare în vârsta procreației (15—45 ani), este de remarcat că acest coeficient a scăzut cu 2,0, față de situația de acum 63 ani. In 1935 prolificitatea a fost 2,8.

Natalitatea — și acesta e un fenomen foarte important — a urmat în Italia o curbă descrescândă, coborînd, dela coeficientul 38 în perioada 1881—85, la 23,3 în 1931—35. Totuși, populația Italiei a crescut, în ultimul deceniu, cu 10%, datorită *descreșterii apreciabile a mortalității* (expresie a acțiunii factorilor de civilizație și igienă).

Mortalitatea generală a scăzut, dela 29,9 la 1000 locuitori în 1871—80, la 14,0 în 1931—35.

Rezultatul acestei evoluții cu totul favorabile a mortalității, este sporirea *excedentului natural*, dela 7,0 în 1871—80, la 9,8 în 1931—35.

Mortalitatea infantilă este în mare descreștere, dela 20,9 la 100 născuți vii în 1871—80, la 10,5 în 1931—35, ceeace — natural — constitue un fenomen demografic foarte favorabil.

Dacă avem în vedere singurul aspect mai nemulțumitor al demografiei poporului italian: scăderea natalității, în ultimul timp, constatăm că acest fenomen este datorit cu deosebire unui factor de ordin *social:* limitarea voită a procreației, perioada relativ scurtă în care femeia procrează, numărul important al femeilor utilizate în muncă și cari adesea sunt nevoite să-și limiteze procreația, importantul număr al celibatarilor, apoi condițiile pe alocuri rele ale factorilor de ambianță (în special locuință rea), în fine numărul încă important al copiilor nelegitimi, cari prin aceasta însăși sunt puși în rele condițiuni de evoluție.

Politica demografică instaurată în ultimul deceniu, în Italia, dă expresie concretă voinței de redresare a națiunii, iar măsurile luate se inspiră din dezideratul emis de factorii, conducători: Italia trebue să-și inaugureze a doua jumătate a acestui secol cu un minim de 60 milioane locuitori. Trei imperative stau la baza acestei politici: *a)* datoria *morală*, constând în întărirea la maxim a conștiinței legăturilor familiale; *b)* datoria *socială*, constând în maximul de impuls dat natalității; *c)* datoria *sanitară*, în fine, exteriorizându-se în combaterea factorilor cari provoacă mortalitatea maternă și infantilă.

Pe planul realizărilor, s'a căutat până în prezent să se ia în special măsuri *pozitive* de normalizare, punându-se în lucru toate mijloacele capabile de a favoriza evoluția socială și morală a familiei. Măsurile pe cari le numim negative, de exemplu sterilizarea degeneraților, castrarea, etc., nu au fost încă luate în considerare.

S'au luat în primul rând o serie de măsuri *biologo-sociale*. Se duce lupta contra avortului criminal, s'au creat instituții pentru tratamentul sterilității la femei, s'a intensificat opera de educație a mamelor în vederea creșterii copiilor, s'au luat măsuri de protecție a copiilor doicilor și a copiilor nelegitimi (protecția fetelor mame). In scopul dirijării raționale a creșterii copiilor, funcționează foarte importantele institute de *biotipologie* (prof. *Pende*), centre de studiu asupra creșterii și constituției fiecărui individ, mai ales în vârsta copilăriei și a adolescenței.

O a doua categorie de măsuri cari s'au luat, sunt cele *sociale:* împiedicarea emigrărilor masive, raționalizarea câștigurilor (printr'o mai bună salarizare și orânduire a orelor de muncă), apoi legislația care proteguește munca femeilor și a copiilor, în fine bine cunoscutele mărsuri de apărare în contra bolilor sociale. Dintre acestea din urmă, merită o mențiune aparte *lucrările de bonificare* integrală, cari au condus la asanarea mai multor regiuni complect insalubre

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEŞTE CARNE CRUDĂ ŞI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DÎN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă înainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard, Str. S F. Ionica 8, BUCUREŞTI

STREPTOCOCCII

TRATAMENT PREVENTIV ŞI CURATIV

MENINGOCOCCII

PNEUMOCOCCII

GONOCOCCII

INFECŢIUNI URINARE

SEPTOPLIX

1162 F

p-amino fenilsulfamid

Admis pentru prescripţie

în Spitalele Asistenţei Publice Franceze,

în Serviciile Sanitare ale Ministerului de Răsboi Francez,

şi

adoptat de Ministerul Sănătăţii Publice Francez.

PARIS-7e

THÉRAPLIX

Propagande medicale: „THERAPLIX" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

AGOCHOLINE Dr ZIZINE

GRANULAT SOLUBIL

(cu sau fără mentă)

Peptonă uscată purificată + Sulfați de magnesie anhidră

COLECISTITELE CRONICE
CONGESTIA FICATULUI

Litiază biliară, Icter și Colemie

DISPEPSII REFLEXE, CONSTIPAȚIE, MIGRENE, AMETELI, ECZEME, MĂNCĂRIMI } de origină hepato-biliară

POSOLOGIE:

1-3 linguriță de cafea dimineata pe nemâncate, intr'o jumatate de pahar cu apa caldă.

Eșantioane și literatură:

Remineralizare

DROGUERIA STANDARD S.A.R. STR. SF. IONICĂ 8, BUCUREȘTI.

LABORATOARELE Dr. ZIZINE, 24, Rue de Fécamp - PARIS (XIIe)

OPOFERRINE

VITAMINATĂ

Fer și Manganez organic
Extracte hepatice și splenice.
VITAMINE A și C.

Regenerator complect al sângelui

GRANULAT
1 a 3 i nguriță pe zi

Laboratoires de l'OPOCALCIUM
A. RANSON, Docteur en Pharmacie
121, Avenue Gambetta. PARIS (XX-e)

LITERATURĂ ȘI EȘANTIOANE LA CERERE
Exclusivitatea generală
„Drogueria Standard" S. A. R.
STRADA SF. IONICĂ, 8 — BUCUREȘTI

mai înainte (Littoria, Sabaudia, Pontinia, Aprilia, etc.), stârpindu-se astfel paludismul şi recuperându-se teren de cultură imens.

O categorie foarte importantă de măsuri cu scop de redresare demografică, sunt cele *economice şi fiscale:* premii de căsătorie, împrumuturi în vederea căsătoriei, sporuri de salarii la funcţionarii cu familii numeroase, premii de natalitate, uşurări de impozite pentru şefii de familie numeroasă, în fine aşa zisele *alocaţii familiale* (sume fixe vărsate de patroni, muncitorilor cu copii numeroşi, şi obţinute prin perceperea unei contribuţii dela *toţi muncitorii,* indiferent de starea lor civilă, în virtutea unui elementar principiu de echitate socială).

O măsură economico-fiscală din cele mai importante, luate în Italia, este instituirea *impozitului pe celibatarii* între 26—65 ani (legea din 19 Decembrie 1926). In anul 1934 acest impozit a produs un venit de 200 milioane lire (aprox. 1½ miliarde lei).

Instituţia centrală în jurul căreia se grupează toate iniţiativele şi toate înfăptuirile de protecţie materno-infantilă, este *Opera nazionale per la protezione della maternit e dell'infanzia,* creată prin legea din 10 Decembrie 1925 şi organizată amănunţit prin regulamentul din 15 Aprilie 1926. Această instituţie acordă protecţie tuturor copiilor, dela naştere până dincolo de adolescenţă, ocupându-se atât de copii sănătoşi, cât şi de diversele categorii pe cari le numim deficiente: debilii fizici, debilii mintali, instabilii, pervertiţii morali şi delicvenţii minori. O. N. M. I. este o instituţie autonomă, parastatală, cu atribuţii *integrale* de îmbunătăţire fizică şi morală a rasei. Ea acordă o deosebită atenţie acţiunii *preventive* sau profilactice şi este adaptată realităţilor din Italia. Deosebit de comitetul executiv (care grupează reprezentanţii autorizaţi ai tuturor organismelor oficiale şi private interesate în protecţia copilăriei), instituţia activează prin *federaţiile provinciale,* câte una de fiecare ţinut, şi prin *comitetele* de *patronaj,* comunale. Comitetele de patronaj sunt adevăratele celule cari stau la baza organizării întregei opere, iar atribuţiile lor sunt foarte vaste: creearea de dispensarii, supravegherea igienică, educativă şi morală, a tuturor copiilor sub 14 ani aflători în afara locuinţei părinteşti, protecţia copiilor părăsiţi şi a copiilor anormali, supravegherea copiilor în muncă, crearea camerelor de alăptare în fabrici, protecţia copiilor nelegitimi, protecţia minorilor delicvenţi.

Prin reţeaua de instituţii pe care o posedă, O. N. M. I. exercită o protecţie *continuă,* asupra copilului, în prima vârstă, în vârsta preşcolară şi şcolară, în vârsta uceniciei. Pentru copii în vârstă de 0—3 ani, funcţionează, cu sediul la Roma, instituţia-celulă care este *Casa della madre e del bambino.* Această instituţie, cu o activitate complectă, cuprinde: consultaţii prenatale, consultaţii de copii, cantină maternă şi un «depozit de copii» (asilo nido). Intr'un singur an (1936) au fost asistate un total de 1.748.719 persoane, numărul măsurilor asistenţiale atingând 4.065.050. Aceste măsuri asistenţiale au fost din cele mai variate: consultaţii medicale, asistenţă materială, internări în instituţii, acţiuni de redresare morală, în fine măsuri de stimulare demografică, în primul rând al cărora figurează *zilele mamei şi ale copilului,* când se distribue numeroase premii în bani, alimente şi vestminte, mamelor cari s'au distins prin creşterea raţională a copiilor şi prin o natalitate importantă.

In anul 1936 sumele cheltuite de O. N. M. I., cu protecţia materno-infantilă, au atins aproape 130 milioane lire (aproximativ un miliard lei).

In Italia funcţionează o *asigurare specială pentru maternitate,* care dă dreptul — femeilor asigurate (muncitoare) — la o indemnizaţie de naştere şi lehuzie.

S'au organizat *cursuri de igienă şi puericultură,* în şcolile de fete.

O extensiune remarcabilă a luat opera *coloniilor de vacanţă.* Incepând din anul 1937, această operă este centralizată de *Oficiul coloniilor climatice şi balneare* şi de organizaţia «Gioventu italiana del Littorio». In anul 1938 au funcţionat 4.357 colonii, cu un număr de 741.663 copii.

Mai funcţionează o *instituţie naţională pentru mutualitatea şcolară,* care educă pe elevii şcolilor, în domeniul prevederii, al economiei şi al asistenţei reciproce.

Totalitatea acestor măsuri a condus la realizarea unei ocrotiri efective a copilăriei şi la redresarea demografică a Italiei de azi.

Locuri vacante de Inspectori Generali Sanitari la Ministerul Sănătăţei

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire se aduce la cunoştinţa generală că sunt următoarele posturi:

Inspector g-ral Sanitar Central şi

Inspector g-ral Sanitar din Ţinutul Dunărea de Jos.

D-nii medici, cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului Sănătăţii şi Asistenţii Sociale, în termen de 30 zile dela înserarea prezentei publicaţii în Monitorul Oficial, adică până la 25 Mai 1939.

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei.

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţa generală că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar al jud. Botoşani.

Medic primar al jud. Roman.

Medic de circ. urbană la Municipiul Brăila.

Medic primar al secţiei de medicină internă dela spitalul «Elisabeta Doamna» din Galaţi.

Medic igienist de plasă la Municipiul Cluj.

Medic igienist de plasă la jud. Vlaşca.

Medic igienist de plasă la jud. Lăpuşna.

Medic şef de laborator la instit. de igienă şi sănătate publică din Iaşi.

Medic şef de laborator la spitalul Târgovişte.

Medic primar al spit. Pulcheria Ghica din Hârlău.

Medic al spitalului Vişeul de Sus jud. Maramureş.

Medic al spitalului cu circ. Brabova jud. Dolj; Bâcleş jud. Mehedinţi; Isvoare jud. Orhei; Târnova jud. Soroca; Horez jud. Vâlcea.

Medic al oraşului Reni.

Medic primar al sanatoriului T. B. C. Geoagiu jud. Hunedoara.

Medic puericultor al dispensarului de puericultură Ploeşti prevăzut în bugetul primăriei Ploeşti.

Medic al circ. Magina jud. Alba; Hălmăgelul jud. Arad; Tăuţ jud. Arad; Lunca Corbului jud. Argeş; Stoiceni jud. Argeş; Todireni jud. Botoşani; Frumoasa jud. Ciuc; Panticeu Cluj; Bereşti jud. Covurlui; Oancea jud. Covurlui; Pucioasa jud. Dâmboviţa; Drăguşeni jud. Dorohoi; Beibunar jud. Durostor; Hodorăuţi jud. Hotin; Văscăuţi jud. Hotin; Veţel jud. Hunedoara; Grindaş jud. Ialomiţa; Roseţi jud. Ialomiţa; I. C. Brătianu-Brâncoveni jud. Ilfov; Bârsana jud. Maramureş; Urmeniş jud. Mureş; Vişeul de jos jud. Maramureş; Săcel jud. Odorhei; Orbeni jud. Putna; Muncelul de Sus jud. Roman; Văleni jud. Roman; Comanca jud. Romanaţi; Ştirbei jud. Romanaţi; Domniţa R. Sărat; Doştat jud. Sibiu; Roşia jud. Sibiu; Jibert jud. Târnava Mare; Movileni jud. Tecuci; Bragadiru jud. Teleorman; Slobozia-Mândra jud. Teleorman; Tvardiţa jud. Tighina; Dobrovăţ jud. Vaslui; Frăsinet jud. Vlaşca; Mihăileşti jud. Vlaşca;

La Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti

2 medici şcolari.

2 medici radiologi.

2 medici stomatologi.

2 medici pentru combaterea tuberculozei.

2 medici oculişti.

2 medici cardiologi.

5 medici e circumscripţie.

1 medic specialist de nas, gât şi urechi.

1 medic de prenatale la maternitatea dispensarului «Maşina de Pâine».

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste

posturi, vor face cereri ministerului, în termen de 30 de zile dela înserarea prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial, adică până la 7 Iunie 1939.

*

In Monitorul Oficial Nr. 112 din 17 Mai 1939 s'au mai declarat vacante următoarele posturi:

Medic primar al secţiei de boli interne la spitalul din Aiud; medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul Beiuş; medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul Hotin, medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul Orhei; medic primar mamoş ginecolog dela spitalul Cetatea Albă; medic primar la spitalul de ginecologie şi maternitate Cernăuţi; medic primar al secţiei de obstetrică de la spitalul T.-Severin; medic-şef de port principal la Sulina; medic primar al spitalului de boli mintale Răcăciuni (Fălciu); (retribuit cu 4250 lei lunar); medic primar la spitalul de boli mintale Sibiu; medic radiolog la spitalul din Tg.-Jiu; medic radiolog la spitalul TBC. Bisericani, jud. Neamţ; medic radiolog la spitalul «Precista-Mare» din Roman; medic primar radiolog la Ambulatoriul policlinic din Sibiu; medic de laborator şi radiologie la sanatoriul TBC. Mangalia; medic-şef puericultor la Institutul de Igienă Iaşi; medic primar puericultor la Ambulatorul policlinic judeţean Ilfov; medic puericultor la serviciul sanitar al jud. Lăpuşna; medic primar puericultor la spitalul Satu-Mare; medic primar puericultor la spitalul din Zălău; medic primar pediatru la Ambulatorul Tg.-Mureş; medic primar pediatru la Ambulatorul policlinic Timişoara; medic primar pediatru la spitalul Dej; medic primar la spitalul TBC. Voruiceni (Lăpuşna); medic primar la spitalul TBC. Vijniţa; medic primar al spitalului de izolare «Bagdat» din R.-Sărat; medic primar al secţie de boli contagioase dela spitalul din Lugoj; medic al secţiei de otopoliclinic din Cluj; medic de ambulator la Ambulatorul veneric No. 1 din Iaşi; medic entomolog la Institutul de igienă din Iaşi; medic-şef al azilului antirabic din Timişoara; medic primar al Leprozeriei Tichileşti, jud. Tulcea (retribuit cu 7100 lei lunar, plus o diurnă de 400 lei lunar); medic-şef al laboratorului de igienă Buzău (retribuit cu 11.650 lei lunar); medic-şef al laboratorului de igienă Cernăuţi (retribuit cu 11.650 lei lunar); medic-şef al laboratorului de igienă din Cetatea Albă (retribuit cu 11.650 lei lunar); medic-şef al laboratorului de igienă din Sibiu (retribuit cu 11.650 lei lunar); medic-şef al laboratorului de igienă din Tighina (retribuit cu 11.650 lei lunar.

Şef de laborator la Institutul şi Azilul antirabic din Iaşi (retribuit cu 7800 lei lunar).

Medic-şef de laborator la spitalul T-Severin (retribuit cu 8550 lei lunar); medic de laborator la sanatoriul TBC. Bisericani, jud. Neamţ (retribuit cu 6000 lei lunar); medic de laborator la spitalul «Schuller-Sfetescu» din Ploeşti (retribuit cu 4900 lei lunar); medic al spitalului şi circ. Fierbinţi jud. Ilfov; medic al circ. Teiu, jud. Argeş; medic al circ. Călăraşi, jud. Botoşani; medic al circ. Isvoarele, jud. Iaşi.

Din publicaţia locurilor vacante, apărută în «Monitorul Oficial» No. 105 din 8 Mai 1939, se scot posturile de medici al oraşului Reni şi ai circ. Reşeţi (Ialomiţa) şi I. C. Brătianu-Brâncoveni, jud. Ilfov.

D-nii medici, cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa posturi, vor face cereri ministerului în termen de 30 zile dela înserarea prezentei publicaţiuni în «Monitorul Oficial».

NOTE TERAPEUTICE

Incercări de tratament prin Rubrophen în Tuberculoza cutanată şi în Lepră

Rezumat al comunicării domnilor Prof. Dr. S Nicolau şi Dr. A. Maisler în şedinţa Societăţii Române de Dermatologie şi Sifiligrafie din 28 Aprilie 1939.

In urma rezultatelor favorabile obţinute în tratamentul tuberculozelor chirurgicale (Sailer) cu preparatul *Rubrophen-Chinoin*, s'a încercat acest produs şi în alte manifestări ale tuberculozei, în special cutanate (Volk, Doros) cu rezultate încurajatoare.

Am supus şi noi tratamentului prin Rubrophen o serie de bolnavi cu diferite manifestaţiuni de tuberculoză cutanată, în plus şi câţiva bolnavi *atinşi de lepră cutanată* şi nervoasă. Iată rezultatele ce am obţinut:

1. Printre bolnavii cu *tuberculoză cutanată*, un număr important nu au putut fi trataţi un timp suficient, din diferite motive. Rămâne însă un număr de 20 de cazuri (şi un caz de adenită tuberculoasă cervicală) cari au fost supuşi tratamentului un timp suficient de îndelungat (minimum două luni). Printre aceştia, majoritatea au fost bolnavi atinşi de lupus tuberculos al nasului şi al feţii. *Tratându-i numai cu Rubrophen, am observat la câţiva lupici ameliorări simţitoare.* In deosebi în două cazuri de lupus cu leziuni ulceroase şi într'un caz de lupus cu leziuni mai recente, mai exudative.

Dar trebue să spunem că nu am obţinut o vindecare complectă a lupus-ului exclusiv prin tratamentul cu Rubrophen. Asociind însă acest tratament cu scarificaţii, am observat o vindecare mai rapidă a leziunilor, aşa încât în loc de 8—10 scarificări, au fost necesare câteodată numai 2—5.

Un caz de lupus eritematos centrifug asociat cu tuberculide ulceroase ale gambei (tip Pautrier) *s'a vindecat complect* în timp de 6 săptămâni, *numai prin tratamentul cu Rubrophen.*

Un caz de tuberculoză ulcero-vegetantă a mânilor *s'a vindecat* aproape complect *numai prin tratamentul cu Rubrophen.*

In sfârşit într'un caz de tuberculoză ganglionară cervicală, am obţinut *o ameliorare considerabilă* prin acest tratament, vindecarea fiind complectată prin Roentgen-terapie.

In rezumat: în lupus-ul tuberculos, Rubrophen-ul pare a da rezultate favorabile în cazurile mai recente şi în special formele ulcerate şi verucoase şi în adenitele bacilare, rezultatele fiind mai puţin favorabile în formele *vechi* scleroase. Din contră, acest tratament asociat cu scarificaţii, grăbeşte mult vindecarea, ceeace constitue un avantaj apreciabil în aceste afecţiuni de durată atât de lungă.

II. — In Lepră am avut ocazia să încercăm tratamentul cu Rubrophen la trei bolnavi. Unul din ei nu a fost tratat decât o lună, în care interval *am observat o scădere vizibilă a leproamelor cutanate şi mucoase.*

Al doilea bolnav nu a putut fi tratat în mod regulat pentrucă făcea puţină vreme după începerea tratamentului, «reacţiuni leproase» manifestate prin reacţie focală şi generală. Totuşi, şi la acest bolnav am observat o oarecare diminuare a leproamelor.

La cea de a treia bolnavă, tratamentul cu Rubrophen administrat timp de două luni şi jumătate, întrerupt timp de o lună (din cauza unui erizipel intercurent) ne-a dat rezultate foarte frumoase. *Toate leziunile cutanate şi mucoase s'au resorbit în mare parte. Vocea a devenit mai clară prin resorbţia parţială a leziunilor laringee, iar înghiţitul a devenit mai uşor prin rezorbţia leproameelor faringee.*

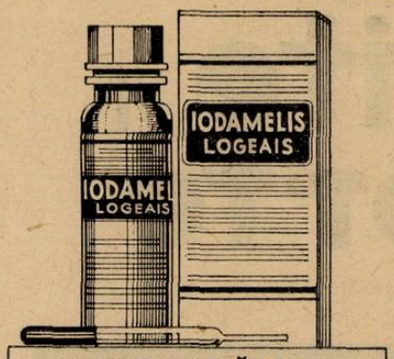
In rezumat: din cercetările noastre ne-am putut convinge că *tratamentul cu Rubrophen dă rezultate încurajatoare în unele forme de tuberculoză cutanată, iar asociat cu scarificaţii scurtează în majoritatea cazurilor durata tratamentului.*

In lepră rezultatele par a fi mai evidente; credem că experimentarea merită a fi continuată, pentru a verifica şi preciza aceste rezultate.

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

•

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII

2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

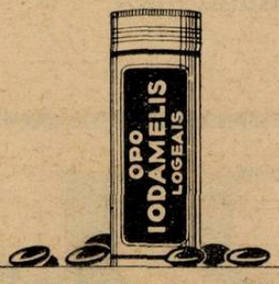
DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

•

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•



FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

In comprimate drageifiate

FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Hipoaciditatea şi achilia gastrică

pot fi remediate prin

BETACID mite şi forte

Tablete

In afecţiunile gastrointestinale datorite insuficienţei pancreatice

PANKRIN şi

fermenţii pancreatici,

DIPANKRIN

fermenţii pancreatici duodenali,

Tablete.

FELAGOL

TABLETE

CHOLAGOG - ANTISEPTIC - DESINFECTANT

NOTE TERAPEUTICE

Ceferro în anemiile infantile

de Dr. Elmar Türk, asistent

(Din clinica universitară de Pediatrie din Viena Director Prof. Dr. F. Hamburger)

Referat din Medizinische Klinik 1938 Nr. 23

Majoritatea anemiilor infantile reacţionează la un tratament feros, când preparatul respectiv este uşor asimilat şi de rezorbit.

Din nefericire preparatele clasice nu satisfac aceste condiţii esenţiale: ferrum reductum este eficace numai în doze foarte mari şi numai în cazurile cu o aciditate stomacală normală; la fel şi ferrum carb. sacch; iar ceilalţi derivaţi anorganici cât şi cei organici de fer sunt în general de o eficacitate cât se poate de redusă.

De un an de zile autorul urmăreşte în diverse cazuri de anemie efectele favorabile ale preparatului *Ceferro* Nordmark, care este un preparat de *vitamină C* şi *săruri feroase* stabilizate cu *cisteină*, care prin natura sa reductorie împiedecă oxidarea ferului în stomac şi în intestinul subţire, acolo unde are loc rezorbţia acestui preparat.

Toleranţa preparatului este bună, iar gustul plăcut.

Autorul a tratat numeroase cazuri de anemie: postinfecţioasă, hemoragică, naştere precoce, etc. S'au urmărit variaţiile hemoglobinei, eritrocitele şi reticulocitele. Reticulocitele au continuat să crească în număr, după creşterea eritrocitelor şi a hemoglobinei, aşa că variaţiile lor au servit la măsurarea acţiunei preparatului asupra regenerării sângelui.

La copiii tuberculoşi, cari fuseseră trataţi anterior cu alte preparate de fer şi cari nu dăduseră decât rezultate foarte slabe sau deloc, s'a constatat o creştere rapidă a procentului de hemoglobină în urma administrării preparatului Ceferro. Deasemeni merită atenţie cazul de anemie al unui sugar de 10 luni, la care după primele 10 zile de tratament (de 3 ori pe zi câte 22 mg. fer =1 linguriţă) indicele de hemoglobină s'a ridicat dela 30 la 60%.

In concluzie putem spune că preparatul Ceferro întruneşte în sine proprietăţile principale ale unui medicament de fer ideal, adică: forma de ioni fero, stabilitate, acţiune rapidă, uşor de administrat şi bine tolerat.

Tratamentul cu Histidină al ulcerelor Gastro - Duodenale şi Postoperatorii

de A. Cantero, A. Jutras

Referat din „L'Union Médicale du Canada", Pd. 66. 2 Februarie 1937.

Cercetări făcute asupra câinilor au dus la ipoteza că lipsa de aminoaciz. este una din cauzele principale a apariţiei ulcerelor gastro-duodenale.

Se credea că administrarea unui aminoacid ca histidina împiedecă formarea ulcerelor tubului digestiv şi vindecă pe cele apărute.

In urma numeroaselor rezultate obţinute şi comunicate de diverşi cercetători autorii au hotărât să verifice această terapie. Au tratat 32 bolnavi, dintre cari numai 10 internaţi în spital, ceilalţi 22 continuându-şi ocupaţiunea obişnuită aproape nestingheriţi; fapt important căci repauzul în pat singur condiţionează o bună pregătire pentru vindecarea spontană a ulcerului.

Poziţia ulcerului a fost în 3 cazuri pe mica curbură, într'un caz pe canalul pylorului, în 24 cazuri pe duoden, iar 4 cazuri au fost de ulcere postoperatorii.

In aceste experienţe s'a administrat «*Histidin-Ifah*».

In toate cazurile s'a injectat zilnic intramusc. 5 cc. de sol. de histidină.

Numărul injecţiilor a variat între 24 şi 72. In afara histidinei nu s'a mai administrat nici un alt medicament. Numai după terminarea tratamentului cu histidină, unii pacienţi au primit un preparat cu Belladonna, pentru evitarea apariţiei spasmelor reflexe. Deasemenea autorii nu au impus o dietă prea strictă pacienţilor; au fost interzise numai alimentele excitante.

Rezultatele tratamentului au fost controlate clinic, biochimic şi rontgenologic.

Clinic s'a constatat o scădere până la dispariţie a durerilor între a 14 şi 20-a zi de tratament. Deasemenea au dispărut indispoziţia dispeptică, vărsăturile, greaţa şi anorexia, iar alimentele au fost din nou bine suportate. Greutatea pacienţilor a fost în creştere încă dela începutul tratamentului.

Autorii subliniind observaţiile lor, sunt în contradicţie cu constatările celorlalţi cercetători cari nu constată o influenţare a secr. gastrice prin histidină.

In mai multe cazuri s'au putut urmări obiectiv, prin examene săptămânale *radiografice* dispariţia generală a craterului ulcerului şi a reacţiunii iritante. Ulcerele de pe mica curbură au dat înapoi dela începutul tratamentului cu histidină şi nu au lăsat până la sfârşitul tratamentului decât o mică suprafaţă cicatrizată.

Ameliorarea radiografică a mers în aceste cazuri mână în mână cu vindecarea clinică.

Apoi au fost cercetate 24 cazuri de ulcere duodenale.

In două cazuri tratate cu Histidin diagnosticul radiografic nu s'a putut baza decât pe dovezi indirecte. In alte două cazuri s'a observat un crater care a dispărut sub influenţa Histidinei, în acelaş timp cu vindecarea clinică.

Histidina înainte de orice înlătură durerile ulcerului şi măreşte tolerabilitatea alimentelor. Aceasta s'a observat mai cu deosebire la doi bolnavi, cari s'au simţit uşuraţi imediat ce s'a început tratamentul cu Histidina.

De câte ori s'a început acelaş tratament, indispoziţia dispeptică t cedat prompt. Majoritatea pacienţilor trataţi cu Histidin s'au ameliorat repede. Nu au apărut nici un fel de complicaţii, hemoragii profuse sau stenoase.

HISTIDIN „IFAH"

Soluţie 4% de clorhidrat de histidină.

INDICAŢII:

Ulcer gastric şi duodenal.
Pelagra.
Gastrite.
Tratamentul anteoperator al ulcerelor.

Intramuscular 5 cc. zilnic timp de 3 săptămâni.

Cutii cu 5 şi 20 fiole a 5 cc.

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO - INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenterie, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie, scrofulus), turburări nervoase, auto-intoxicaţii, (ameţeli, migrene, insomnii, dureri de cap), etc. şi în sfârşit, colibacilozele.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: **vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele. Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.**

Afecţiuni urologice: **în cistite, instilaţiuni cu BIOLACTYL.**

Tratamentul plăgilor: **în pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.**

MODUL DE INTREBUINŢARE

Cultura lichidă: Doza mijlocie un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). Cultura uscată: 4—8 comprimate pe zi.
Este recomandabil de a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată,* deoarece astfel desvoltarea intraintestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES – PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei BUCUREŞTI III Telefon 2.21.38.

»EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 12 — 10 Lei Exemplarul — 15 Iunie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Siragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239.43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Agregat Dr. ION MARIAN şi Dr CORNELIU CIACALOPOL: *Climatul şi Reumatismele* 169

Dr. I. DUMITRESCU POPOVICI: *Principii în regimul alimentar al bolnavilor de ficat* 173

Dr. ALEXANDRINA GHERASIM: *Tratamentul algiilor prin injecţii intradermice cu apă distilată* . . 175

Dr. GH. I. MAREŞ: *Acţiunea apelor clorosodice - iodate din Vulcana asupra hipertensiunei* 176

Dr. VICTOR CLIMESCU. Dr. N. BUJORICĂ şi Dr. P. SÂRBU: *Comă malarică şi anemie secundară remarcabilă, tratată cu preparate sintetice şi Campolon* . . . 178

REVISTA CĂRŢILOR

Conf. Dr. Dan Berceanu: Anatomia topografică şi operatoare a capului şi gâtului, recenzat de Dr. S. Cristofovici 180

Dr. Th. Moisescu şi Gh. Constantinescu: Pneumotoraxul terapeutic recenzat de Dr. V. Sava 180

CRONICI

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Cartea Medicală Românească* 181

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Adunarea generală a Asociaţiei medicilor din România; Numire excepţională la Facultatea de medicină din Iaşi 183

Zilele cancerologice din Bruxelles; Mortalitatea în tuberculoză în Germania; A XI-a Conferinţă a Uniunei Internaţionale contra tuberculozei; Burse medicale în străinătate; Zilele internaţionale de Medicină Socială la Liège; Congrese medicale ţinute 184

In tratamentul tuturor afecţiunilor consecutive unei funcţiuni de desintoxicare turburate sau slabe a peretelui intestinal

Torantil

Preparat standardizat pentru tratamentul stărilor de intoxicaţie alergice şi intestinale

Colită,
Colită ulceroasă,
Ulcer gastric,
Ulcer duodenal,
Astm bronşial,
Urticaria,
Coriză potenică,
Acnee.

Ambalaje originale: Flacon cu 20 drageuri.
Cutie cu 5 fiole Torantil + 5 fiole apă dist. steril.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86, Sucursala: »ROMIGEFA« S. A. R., Cluj, Calea Moţilor 18. Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor

Transpulmin

Chinină basică şi camfor, solvate în oleuri eterice.

Injecţiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.
«**Transpulmin este o inovaţie** aşa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală». (Prof. G. von Bergman).
In comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole a 1 şi 2 cmc.; flacoane de 15 cmc.

Inlăturarea tusei seci prin

CODERIT

Cedarea promptă a iritaţiei inflamatorii a mucoasei bronchiilor. Uşurarea expectoraţiei. Calmarea centrului respirator.

Compoziţie: Clorhidrat de codeină, clorhidrat de efedrină racemică, alcaloizi totali din rădăcină de **Ipecacuana.**
In comerţ: Tuburi cu 10 tablete.

HORMON SEXUAL MASCULIN

Titrat în unităţi biologice de peşte

TESTOSAN-FORTE

O fiolă conţine **50** unităţi biologice
Un drageu » **20** » »

In comerţ: Flacoane cu 40 drageuri şi Cutii cu 10 amp.

Pentru tratamentul ULCERELOR GASTRO-DUODENALE

Gerulcin

Soluţie apoasă de clorhidrat de histidină

Ameliorează rapid toate simptomele clinice şi radiologice. Restabileşte capacitatea de muncă şi opreşte hemoragiile oculte.

In comerţ: Cutii cu 6 şi 10 fiole de 5,2 cmc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

„Farmako“

LABORATOR DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE.

Pulmonin
„Farmako“

Antiseptic pulmonar puternic în gripă, bronşită, pneumonii, bronchopneumonii

Adulţi: 1—2 fiole pe zi
Copii: 1/2—1 fiolă pe zi.

Asociaţie de chinină bazică şi camfor, dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole à 1,1 ccm. şi 2,2 ccm.

Creosocalcin
„Farmako“

Rezultate remarcabile în toate afecţiunile pulmonare: bronşite acute şi cronice, tbc. pulmon., gripă, tuse convulsivă; profilactic.

Plăcut la gust şi miros.

Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Sulfocreosotat de potasiu, fosfat de codeină, nitrat de aconit, lactofosfat de calciu.

Flacoane mari şi reduse.

Analgosan
„Farmako“

Analgetic de un efect puternic şi constant în cefalalgii, migrenă, lumbago, sciatică, nevralgii, dismenoree, dureri de dinţi.

1—4 tablete pe zi.

Dimetilaminoantip.
Acetamidofenetol.
Trimetilxantină.
Sare de Pelletier brom

Cutii cu 12 comprimate.

In tusea afecţiunilor, laringiene, pulmonare şi bronchice, dureri de deglutiţie din anghine acute, procese ulcerative ale faringelui şi laringelui, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii superioare

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Anestezină 0,03, Fenacetină 0,08, Thimol, menthol, ol. Eucalipt àà 0,015, sachar. alb ad 1 gr. —

Adulţi 6—8 pastile pe zi, copii mai puţin după vârstă. Pastila se suge încet, până la terminare. Tub orig. a 25 pastile

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, luminal sin, Na. benzoic, etc.

Adulţi: 3 — 4 linguri, copii 3—4 linguriţe pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofosfat de Ca. Extr. Kola, strichnin, vin malaga.

Adulţi 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăţi, etc.

NOU

CEREBROL-Medicis.

Calcium. Brom. Analgesină. Valeriană desodorată, luminal sodic.
1/2 gr. brom pe linguriţă.
Doza: 3 linguriţe pe zi sau după caz, în puţină apă sacharată.
gust agreabil.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg
Amine ale acidului izovalerianic.
De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.
Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

GUŞE şi BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.
Injecţiuni subcutane
rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.
Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.
1 Fiolă la 2—3 zile.

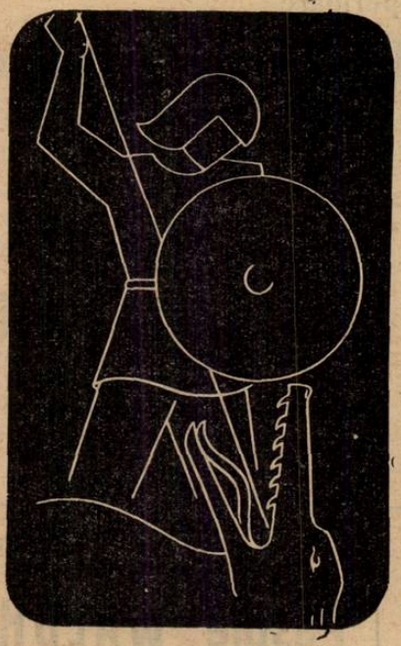
Laxativ şi Purgativ
— Substanţe pur vegetale —

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.
Nu produc obişnuinţă.
Doza laxativă: 1 pastilă seara.
Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.
Cutii orig. a 80 drageuri.

Repr. I. Zelţer — Bucureşti Str. Profetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele de En-gros de medicamente.

Repr. generală pentru România: „S.I.F." s. a. r. Bucureşti, Str. Avram Iancu, 32, Tel. 5.51.51



SOLU-SALVARSAN

Salvarsanul injectabil intravenos şi intramuscular, în soluţie stabilă gata preparată

Egal cu Neosalvarsan în efect terapeutic şi suportabilitate. Examinat exact ca şi Neosalvarsan din punct de vedere chimic, biologic şi clinic.

Ambalaje originale: Cutii cu 1 şi 10 fiole de 0,5, 1, 1.5, 2, 3, 4, 5 şi 6 cmc.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 3-722.

Anul XVII. No. 12 10 Lei Exemplarul 15 Iunie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Climatul şi Reumatismele

de Agregat Dr. ION MARIAN şi Dr. CORNELIU CIACALOPOL

Influenţele climatului asupra organismelor vii, este de netăgăduit. S'au studiat atâtea fenomene de adaptare, de aclimatizare, influenţe directe asupra fizicului şi chiar a sufletului, încât cu drept cuvânt se poate spune că omul este sclavul mediului ambiant. In adevăr, de această ambianţă depind nu numai felul său de trai, hrană, muncă, îmbrăcăminte, hygienă, ci şi stările sale sufleteşti.

Alexis Carell spune: «Aucun organisme vivant ne peut échapper a l'influence de son milieu. Depuis sa naissance jusqu'a sa mort, il est esclave des facteurs physiques, chimiques et psychologiques du monde exterieur» (L'Homme et le Climat de A. Missenard). *Piery* are foarte multă dreptate când afirmă că fiinţa vie cu toate că este o manifestare foarte evoluată a ansamblului energiei universale, fapt care îi conferă oarecare autonomie, rămâne totuşi tributară acestui ansamblu energetic.

Se cunoaşte influenţa climei asupra maladiilor reumatismale (afecţiunilor reumatismale), se ştie deasemenea că lupta împotriva acestor maladii a pornit din Nord, din ţările unde bântuie cu furie reumatismele. In această putere de a se manifesta nu este străină însăşi clima regiunilor acestora, căci umezeala, frigul, carenţa de iradiaţiuni solare, felul de trai, ajută în cea mai largă măsură atât la dobândirea cât şi la agravarea şi propagarea acestor manifestaţiuni morbide.

Ţările Nordice dau procentul cel mai ridicat de reumatici; aci în urma lucrărilor lui *Schade* (Germania) s'a dovedit că expunerea la frig şi umezeală duce la condiţiuni permanente de răceală cronică ce ar fi unul din stigmatele reumatismului. Primele statistici stabilesc la Londra un procent de 14,4% pentru femei şi 16,8% pentru bărbaţi asupra celorlalte maladii din Asigurările Sociale. In Suedia 12% asupra întregei populaţii, Belgia 9% reumatici în Asigurări, în Franţa pensionări 2% în Asigurări pentru reumatisme, Danemarca 9,1% reumatici, în Rusia Sovietică reumatismele sunt de două ori mai frecvente decât tuberculoza, Statele Unite au şi ele un procent de 12% asupra întregei populaţii. In America cu tot numărul mare s'a stabilit că reumaticii nu sunt repartizaţi în mod omogen pe tot teritoriul ţării; pe când Nordul şi coasta apuseană a Americei de Nord este foarte proprice desvoltărei reumatismelor, coasta Atlanticului, din cauza Gulf-streamului, are un procent foarte restrâns de asemenea afecţiuni.

Autorii americani, printre cari citäm pe *Coburn*, au observat deasemenea că reumaticii cari plecau din Nord în ţinuturile calde din miazăzi, Tuxon (Arizona), Florida, etc., se vindecau foarte repede de reumatismele lor, dar, odată readuşi la locul de origină, maladia lor recidiva uneori cu mai mare intensitate. Explicaţia ar fi următoarea: lipsa de umezeală şi de rece ar aduce în mod rapid ameliorarea fenomenelor reumatismale, deasemenea însorirea excesivă, dar aceasta (căldura prea mare) ar mai aduce după sine şi o stare de micşorare a mijloacelor de reacţionare la schimburile de temperatură, o turburare în sistemul vagosimpatic şi de termoregulaţiune.

Acelaş lucru în Anglia, în Insulele Britanice se află un număr foarte mare de reumatici, pe când în coloniile din ţările calde, acest număr este foarte mic. In acelaş timp şi formele de reumatism variază: pe când în insule reumatismul acut la copii numit şi reumatism juvenil sau febra reumatică (Barlow), se desvoltă de aşa manieră încât a necesitat a se lua măsuri de profilaxie în şcoli şi în aglomeraţiuni, căci acest reumatism lasă sequele serioase la nivelul cordului, în colonii reumatismul este foarte rar şi în forma de reumatism cronic numai.

In Belgia reumatismele cronice sunt în mai mare număr; aci se desvoltă mai puţin reumatismul acut (Guntzburg); desigur climatul este acela care determină aceste fenomene. Incă din 1913 *Van Breemen* a semnalat existenţa unui reumatism german şi al unuia francez.

Este evidentă influenţa climei asupra acestor afecţiuni, dar se pare că nu toţi factorii climatici acţionează la fel în aceste cazuri.

Prin climat se înţelege o serie întreagă de stări atmosferice deasupra unui ţinut şi succesiunea lor obişnuită. Prin urmare: însorirea, ploile, vânturile, umezeala sau starea higrometrică a regiunei, deasemenea încărcătura electrică. Pe lângă acestea intervin şi o serie întreagă de alte condiţiuni: căci pentru a se putea defini exact climatul unei regiuni şi mai ales pentru a se putea studia influienţa sa din punct de vedere medical, trebuie să se ţină seama şi de elemente ca sol şi subsol. Influenţele solului asupra climei prin conformaţia sa prin faptul că este sau nu acoperit de vegetaţii (păduri, tufişuri, ierburi, etc.), cari păstrează pe deoparte adăpost, iar pe dealtăparte modifică starea electrică a ţinutului, sunt demne de luat în seamă pentru modificările climatice ce decurg din aceste influienţe. Deasemenea apele ce-l traversează (fluvii, râuri, lacuri), dacă este sau nu mărginit de mări. Subsolul prin combinaţiunile chimice ale rocelor, prin bogăţiile minerale ale sale, prin prezenţa substanţelor radioactive şi mai mult sau mai puţin bune conducătoare de electricitate.

Pământul astăzi este considerat ca un enorm dinam cu putere considerabilă electromagnetică, iar curenţii electromagnetici ce se desvoltă ca şi în oricare dinamo acţionează asupra organismelor vii dela suprafaţă mai puternic sau mai slab după cum şi solul anumitor regiuni este mai mult sau mai puţin bogat în substanţe bune conducătoare de electricitate.

In acelaş timp soarele este şi el considerat ca un enorm tub röntgen care iradiază veşnic prin iradiaţiunile sale. *Tijevsky* dela Moscova a studiat influienţa acestor emanaţiuni şi a stabilit prin statistici că această influenţă nu ar fi străină nici de anumite manifestaţiuni psichice ale omenirei şi chiar unele manifestări în massă ca revoluţii, răscoale, războaie, etc., ar fi direct produse printr'o stare sufletească specială (excitatorie) dictată de această influienţă a iradiaţiunilor acestui mare tub röntgen care este soarele. El face legătura între apariţia petelor solare în mai mare sau mai mică măsură şi fenomenele acestea sociale. Organismul luptă cu armele sale atât cât poate împotriva acestor influienţe dinafară; se adaptează în largă măsură iar atunci când ajunge la limita adaptabilităţei, mai cu deosebire în cazul unor influenţe prea puternice ale mediului ambiant, luptă cel puţin spre a le stăvili. Pigmentarea pielei împotriva pătrunderei razelor ultraviolete, termogeneza exagerată pentru a se putea apăra împotriva influenţelor nocive ale schimburilor de temperatură (degerături, insolaţii, etc.) aranjarea alimentaţiei

după cerințele climei, etc., sunt considerate astăzi ca arme de apărare împotriva agresiunilor climatice. Dacă însă această luptă se soldează cu deficitul organismului, atunci se declanșează anumite maladii specifice climatelor. In ceiace privește reumatismele, factorii climatici patronează fie declanșarea, fie agravarea lor. Se cunosc influențele ce exercită asupra celor bolnavi (uneori chiar asupra celor sănătoși cari au o anumită sensibilitate organică), schimburile de temperatură, umezeală, modificările în starea electrică a atmosferei, precum și variațiunile presiunei barometrice. Vom cerceta, pe rând, în lumina cunoștințelor actuale, aceste influiențe ale factorilor climatici asupra afecțiunilor reumatismale.

Influiențele temperaturei. Nu se poate nega extrema sensibilitate a țesuturilor anumitor indivizi sănătoși sau bolnavi la impresiunile fizice în special a căldurei și a frigului. Efectul recelui în general este remarcabil și de multe ori suferințele produse de frig sunt calmate prin căldură, de aci au decurs o seamă de tratamente în reumatisme prin aplicarea de căldură fie directă, fie producând-o în țesuturi cu ajutorul electricității. Astăzi se consideră ca o sensibilitate specifică această reacțiune a țesuturilor reumaticilor la frig.

După cercetările lui *Van Loghem* în Olanda, *Schade* în Germania, *A. Missenard* în Franța, frigul ar avea un mare rol în geneza maladiilor reumatismale, fie că le provoacă, fie că produce așa zisele maladii «a frigore», cari în multe cazuri stau la baza îmbolnăvirilor reumatice ulterioare. In ultimul timp, *A. Misenard* afirmă că aceste maladii sunt greșit intitulate astfel, ci că ar trebui să fie numite maladii ale frigului, având în vedere atât de strânsa legătură ce există între acest factor climatic și manifestările morbide concomitente.

Neergaard, dela Zürich, este convins că majoritatea reumatismelor acute sunt datorite catarurilor căilor respiratorii superioare, atât de frecvente în ținuturile reci sau în cursul iernei. Și unele forme de reumatism cronic s'ar datori acestor repetate îmbolnăviri ale căilor respiratorii superioare (catarurile nasofaringiene, tracheobronșitele, etc.).

Deasemenea *Flach* numește reumatismul,gripa difteria, scarlatina și amigdalitele: maladii meteorologice. *Van Loghem* a stabilit că numărul cazurilor de afecțiuni ale căilor respiratorii superioare cresc și scad în concordanță cu coborârea sau urcarea temperaturei. După acest autor și după *Schade*, organismul supus la influențe repetate ale frigului, capătă o termolabilitate specifică, un fel de sensibilizare care tinde să producă la un moment dat turburări tissulare ce stau la baza îmbolnăvirilor reumatice. Acestea au făcut obiect de discuție la congresul din *Lund* (Suedia), când s'a pus chestiunea allergiei în geneza reumatismelor. S'a stabilit atunci că nu numai o infecțiune sau un focar latent poate produce acea stare specială a unor țesuturi sau a unui organism care predispune la anumite reacțiuni speciale, ci și agenții fizici în speță frigul, și astfel a luat naștere teoria alergiei prin frig în geneza reumatismelor. *A. Ficher* din Budapesta, deasemenea crede în sensibilizare și legătura dintre reumatisme și schimbarea vremei îl determină să se gândească la anumite stări allergice datorite frigului. După *Paul Blum* dela Strassbourg, în climatele continentale se întâlnesc cele mai multe cazuri de reumatisme, căci aci oamenii sunt supuși și frigului și gurmanderiei, se mănâncă mult și de mai multe ori pe zi. Stomacul face dispepsii și ulcere, ficatul la rândul său prezintă litiaze hepatice și biliare, obezitatea este de regulă litiaze renale foarte frecvente, iar diabetul gras se găsește în toate clasele sociale.

Sciaticele sunt foarte frecvente, este o bază de artritism în totul care predispune și efectul factorilor climatici nu întârzie să se producă. Aceste fapte ilustrează în totul importanța climei, a condițiunilor de trai de muncă, etc., în geneza afecțiunilor reumatismale. *Newsholme, Chuch, Schaw*, sunt cei cari au afirmat marea frecvență a reumatismelor acute în climatele temperate. *Kahlmetter* deasemenea arată marea sa importanță pentru Suedia, unde este considerat ca maladie națională și unde are mai mare importanță din punct de vedere economic și național decât însăși tuberculoza pulmonară. *Harrison, Levine, D.* și *B. Segall* au semnalat cazuri mai frecvente de reumatism în regiunile nordice ale Statelor Unite. *Faulhner* și *White* au stabilit următoarele procente pentru ospitalizările cazurilor cu reumatism acut în raport cu climatul: la *New-Orleans* și *Los-Angeles* 0.4%; la *San-Francisco* 3.8%; în *Glascow* și *Scoția* 4.7% (după *M. P. Weill).* In regiunile calde reumatismul acut este foarte rar: în *Malaesia* timp de 30 ani nu a fost semnalat nici un caz *(Clarke)*, iar la *Vera-Cruz, Heinemann*, nu a văzut nici un bolnav timp de mai mulți ani. Distribuția aceasta neregulată datorită climatelor se pare că ar fi influențată și de anotimpuri: în anotimpurile reci ar fi mai frecvente îmbolnăvirile și recidivele decât în cursul verei, dar asupra acestui punct nu toți autorii sunt de acord. Citâm mai jos câteva opiniuni în această privință: *Besnier* afirmă că maximum ar fi pentru Paris primăvara și vara; *Nobecourt* și *Paraf* în Decembrie-Ianuarie și Mai-Iunie; *Grenet* în Martie-Iulie; americanii *D.* și *B. Segall* fixează maximul la începutul iernei și începutul primăverei. Acestea sunt fapte cari au fost semnalate fără a li se da vreo explicație. Primele influențe ale factorilor climatici au fost observate numai în raport cu temperatura. Este concludentă observațiunea lui *Bergmann* asupra studenților din Strassbourg, cari veneau în fiecare Luni dimineața cu manifestări reumatice dureroase după ce treceau o noapte dansând la Kehl. El crede că oboseala și mai ales frigul ar determina declanșarea acestor manifestațiuni, căci studenții obosiți trebuiau să treacă peste podurile reci și umede de peste Rhin spre a se întoarece acasă. Deasemenea *Buckley* observând frecvența fenomenelor reumatice cronice la minieri (70,8% cazuri în tim ce ceilalți muncitori au numai 48%), ajunge la convingerea că atmosfera caldă și umedă din mine nu ar facilita aceste îmbolnăviri, ci că numai faptul că acești lucrători ieșind din mină transpirați și neluând nici o măsură de prevedere, frigul de afară ar influența organismul încât să se poată produce aceste fenomene reumatice. Frigul a fost singurul factor climatic de care s'a ferit omul întotdeauna; îmbrăcămintea, adăpostul, hrana, încălzitul au fost armele ce le-a întrebuințat împotriva agresiunilor acestuia. In 1845, *Bonet* preconizează în tratatul său de maladii articulare, insolația ca metodă de ales în tratamentul reumatismelor. Chiar și preistoricii, în adorațiunea lor către soare, încercau o helioterapie din instinct — organismul cere el însuși și se realizează astfel în mod reflex corectivele necesare unui echilibru normal al celulelor. Se pare că pielea ar juca un mare rol în acest mecanism de exacerbare a durerilor reumatice la cei ce sunt expuși schimburilor de temperatură. *Cauvy* a considerat-o ca pe un ecran ce se interpune între reumatic și condițiunile fizice exterioare. Credem că reumaticii pierd odată cu instalarea maladiei lor, calitatea termoregulatoare și că deci nu se mai pot adapta ușor schimburilor de temperatură. *Hales* și *Dolly* afirmă că proasta adaptare a reumaticilor la aceste schimburi bruște ale temperaturei s'ar datora unei instabilități a sistemului endocrino-simpatic, iar pielea joacă mare rol în aceste cazuri (citat după *H.* și *I. Stoia*).

Este just, căci toate reacțiunile homeotermelor în general, inclusiv omul, împotriva agresiunilor factorilor fizici se face prin intermediul pielei. Lupta aceasta se dă fie prin regulația fizică fie prin micșorarea radiațiunilor și anume: cu ajutorul vestmintelor: *Gley* observă că omul îmbrăcat rezistă la — 70 grade iar gol

Tratamentul Arsenical

al **SIFILISULUI DOBÂNDIT**
tratamentul de întreţinere
al **SIFILISULUI EREDITAR**
al **SIFILISULUI ÎNVECHIT**
al **DERMATOZELOR**
asociate sifilisului
prin

Acétylarsan

absolut · nedureros
discret, uşor
neurotonic & eutrofic

●

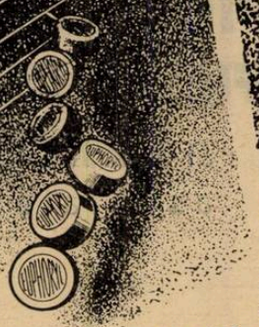
Compus arsenical de eliminare uşoară pretându-se la toate modalităţile tratamentului mixt.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8e)

DRÉ 811.L

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

EUPHORYL



DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, Av^ue DAUMESNIL - P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS

ANA
PARIS

Hirudinase

(DRAGELEI)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORREE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS

Salicylate SURACTIVE "ANA"

SALICILAT DE SODIU
în combinaţie
CALCO-MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT

32 gr. SALICILAT de SODIU SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
1-2 linguriţe de cafea sau 20 de picături = 1 gr. Salicilat de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism - ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS. XIIe

Paul ILUTZA, 23, Strada OLARI - BUCUREŞTI, IV

îngheaţă la —17 grade. In privinţa regulaţiei fizice are foarte mare importanţă nervii pielei cari au şi fost numiţi «gardienii organismului împotriva frigului exterior» de către *Léon Frédéricq*. Ei sunt excitaţi de frig, această excitaţie trece la vasoconstrictori cari acţionează asupra reţelei circulatorii periferice producând reducerea irigaţiei sanguine la suprafaţa pielei şi deci reducerea pierderilor de căldură prin iradiaţie. In cazul reumaticilor această gimnastică a capilarelor este deasemenea modificată reacţiunile se fac greu sau deloc dând naştere la fenomene dureroase.

Influenţele umidităţei. De foarte mult timp s'a observat că umezeala ar fi dăunătoare sănătăţei omeneşti şi că ar înlesni îmbolnăvirile reumatice. Toată lumea a fost de acord în a admite că umezeala are o acţiune fie determinantă fie agravantă asupra reumatismelor. In timpul din urmă însă după ce s'au făcut cercetări de amănunt s'au ivit controverse; unii spun că umezeala ar fi dăunătoare şi că aceste dureri reumatice s'ar agrava în timpul celor din urmă luni de iarnă şi la începutul primăverei, când starea higroscopică este mai accentuată *(Hirsch* şi *Kelsch)*. Deasemenea în timpul brumos sau când plouă cu picături mici şi dese. Alţi autori dimpotrivă nu acordă nici o influenţă umezelei; exacerbarea durerilor reumaticilor şi mai ales apariţia reumatismelor acute după ei ar fi repartizate omogen în tot cursul anului. Toată lumea cade însă de acord în a afirma că umezeala poate fi o cauză determinantă în exacerbarea sau apariţia durerilor numai dacă această umezeală se întovărăşeşte de frig. Umezeala ar merge deci paralel cu temperatura. Se cunoaşte faptul că englezii sub tropice nu sunt atinşi de reumatisme cu toate că umezeala aci este destul de ridicată dar este o umezeală caldă; în timp ce în metropolă unde şi temperatura este scăzută numărul de bolnavi este foarte mare. *Garrod, Laubert, Langstaff* şi *Newholme* au incriminat umiditatea. In orice caz astăzi nu se mai acordă umezelei importanţa care i se da în trecut. Se pare că ea să nu aibă o acţiune necontestată. In timpul zilelor ploioase de vară când temperatura nu este prea coborâtă se întâmplă ca reumaticii să nu aibă dureri, uneori însă durerile lor sunt foarte puternice chiar când gradul de umiditate este sub 80%. (A. *Misenard)*. Aceste fapte fac să se ţie seama mai mult de schimbările de timp, or această schimbare de timp se caracterizează mai ales printr'o modificare în starea electrică a atmosferei şi a presiunei barometrice.

Influenţele presiunei barometrice şi ale nebulozităţei. Variaţiunile în presiunea barometrică se pare că ar influenţa în foarte largă măsură sensibilitatea exagerată a reumaticilor. *W. Balfour* este primul care a semnalat aceste influenţe şi că există persoane cari pot percepe dinainte viitoarele modificări ale timpului. *Spillman* arată că diminuarea presiunei barometrice ce arată cu 24—28 ore înainte o schimbare de vreme, produce la unii indivizi turburări cari merg dela simpla exacerbare a durerilor până la recrudescenţa manifestărilor reumatice. El crede, că marele simpatic joacă un rol important în aceste reacţiuni atmosferice. Se produce în organism un desechilibru care se traduce prin: algii, migrene, oboseală, opresiune, jenă precordială, senzaţie de greutate în membrele inferioare. Aceste stări sunt influenţate de anumite medicamente vagosimpatice, ca esserină, atropină, după caz. Variaţiile în presiunea barometrică, în afară de influenţa directă ce o are asupra organismului, se admite a fi şi un important factor climatic influenţând şi asupra celorlalte elemente componente ale climatului. Viteza de evaporaţie a apei în atmosferă este invers proporţională cu presiunea barometrică — această viteză fiind mai mare, cu cât presiunea este mai coborâtă. O suprafaţă umedă cum ar fi de exemplu pielea, evaporează o mai mare cantitate de lichid cu cât presiunea barometrică este mai slabă (la o altitudine mai mare sau într'un timp depresionar), decât la o presiune ridicată (altitudine joasă-nivelul mării, sau un timp anticiclonic). Această evaporaţie se întovărăşeşte de coborârea temperaturii, iar această răceală poate avea efecte dăunătoare căci ea poate fi foarte mare având în vedere că transformarea unui gram de apă în vapori necesită 607 calorii mari la o grade *(Albert Baldit)*. Se ştie că în genere presiunea barometrică este un factor climatic foarte important iar distribuţia sa pe suprafaţa globului determină mişcările de aer (prin mecanismul ciclon-anticiclon), în esenţă vânturile şi deci schimbările de timp *P. G. Mesernitzky* incriminează viteza vânturilor în exacerbarea durerilor reumatice iar *Ivanov* şi *Pressmani, Kutyrin, Oginsky* diverşii factori cari ar modifica circulaţia periferică printre cari şi modificările în presiunea atmosferică.

E. Reutscher, F. Vanzant şi *L. Rowntree* studiind posibilităţile de prezicere a timpului asupra 367 reumatici, ajung la concluzia că presiunea barometrică ar fi aceia care determină exacerbarea durerilor şi anume în 67% din cazuri, această exacerbare se produce în acelaş timp cu căderea barometrului. Posibilitatea celor bolnavi de a prezice timpul nu poate întrece însă 6—12 ore. Pe lângă presiunea atmosferică nebulozitatea are şi ea importanţa sa — se află chiar în dependenţă de mişcările de aer — nourii cu jocul lor condus de vânturi. Nebulozitatea este aceia care determină schimburile de radiaţiuni între soare, pământ şi spaţiile cereşti, micşorând sau mărind posibilităţile de iradiere după cum cerul este mai mult sau mai puţin acoperit. Nebulozitatea influenţează şi temperatura aerului şi încărcătura sa electrică şi viteza vânturilor. Din punct de vedere climatic, o nebulozitate slabă în mod permanent sau numai într'o anumită perioadă a anului, este considerată pe drept cuvânt ca un factor important în judecarea valorii unei staţiuni climatice. (A. Baldit). Şi aceasta în ceiace priveşte mai ales iradiaţiunile solare şi cosmice. Sunt regiuni pe glob unde cu toate că se găsesc la latitudini ridicate însorirea este destul de mare. *Knipping* a constatat că intensitate iradiaţiunilor solare pe o anumită parte a coastei Suediei, nu atinge măcar pe aceia ce se află în Iunie la prânz pe malurile Mării Nordului. Efectele luminei solare se datoresc iradiaţiunilor sale luminoase şi calorifice. Despre acţiunea razelor ultraviolete, nu este de discutat; ele fixează calciul şi au acţiune calmantă asupra sistemului nervos vegetativ *(Rollier* şi *Dorno)*. *Le Calvé* afirmă că în reumatismul cronic ar fi vorba de o hypovitaminoză şi lipsa de iradiaţiuni solare nu e streină desigur de turburările ce se produc în metabolismul calciului şi al sulfului aducând modificări în structura cartilagiilor articulare.

Influenţele electricităţii. Incă nu se cunosc cu precizie influenţele ce exercită diferitele forme de electricitate universală (climatică), asupra organismului omenesc. Dela început trebuie să deosebim: *influenţele electricităţei atmosferice* şi influenţele *razelor cosmice* şi *telurice*. Asupra influenţei electrice a atmosferei, *Mitchelle* şi *Everet* au atras atenţiunea încă de acum o sută de ani. Starea electrică a aerului este variabilă şi în foarte strânsă legătură cu configuraţia terenului, cu natura solului. Se ştie că potenţialul electric este mai ridicat pe terenurile calcaroase sau argiloase cari sunt oarecum straturi izolatoare şi dimpotrivă mult mai coborât dacă solul este bogat în minereuri bune conducătoare de electricitate (cu fier sau alte metale). Perturbaţiunile în atmosferă încep de regulă printr'o turburare electrică ce reproduce o concentrare şi o polarizare a ionilor atmosferici. *Schief* a dovedit că în timp ce barometrul scade iar termometrul şi higrometrul urcă,

atmosfera se încarcă de electricitate negativă şi invers ea se încarcă cu electricitate pozitivă atunci când barometrul urcă iar higrometrul şi termometrul coboară. *Happel* şi *Strasburger* au arătat că sarcina electrică a aerului are o influenţă enormă asupra funcţiunilor vegetative, a presiunei sanguine, a metabolismului şi a diurezei. Electricitatea negativă, calmează dar foarte repede produce o stare depresivă, o deprimare, o lenevire, o abatere, o enervare, pe când electricitatea pozitivă dimpotrivă este stimulantă, fortifiantă, aduce o senzaţie de bine. După *Gunar Edström* mărirea cantităţei de ioni pozitivi în atmosferă măreşte gradul de iritabilitate pe când acumularea de ioni negativi coboară pragul de iritabilitate. Intrucât modificările stărei electrice atmosferice preced perturbările atmosferei, se înţelege sensibilitatea exagerată a reumaticilor în momentul când furtuna se pregăteşte cu toate că uneori prin ea însăşi această furtună poate să nu influenţeze cu nimic starea bolnavilor. In ceiace priveşte electricitatea atmosferică, influenţa sa asupra celulelor se înţelege perfect dacă ne referim la teoria emisă de *Georges Lakowschy*. El consideră pe fiecare dintre cele două sute de quintilioane de celule ce înumără corpul omenesc în medie, ca pe o lamp. de T. F. F. Fiecare cuprinde filamente ultramicroscopice, cromosomii şi condriomii, cari sunt chiar la baza vieţei, dar cari pot să se topească sau să se distrugă într'un câmp electric foarte intens, dar graţie diviziunei kariochinetice celulele distruse sunt foarte repede înlocuite prin celule sănătoase. Dacă se exagerează puterea şi durata iradiaţiunilor electrice se poate ajunge la distrugerea unei cantităţi prea mari de celule şi la producerea de degerescenţe în sânul organismului, de unde slăbirea stărei generale şi uneori moartea. Celulele astfel considerate sunt adevărate rezonatoare electrice cari răspund iradiaţiunilor magnetismului şi electricităţei. In caz de îmbolnăvire echilibrul în care se află protoplasma şi nucleul se modifică, se poate modifica deasemenea şi chimismul intim celular; dacă acest echilibru este complect desfiinţat celula moare. Ori decâteori intervin dinafară influienţe electrice, ioni pozitivi atmosferici, iradiaţiuni cosmice sau magnetism terestru, celulele a căror echilibru electric este numai modificat încearcă să răspundă funcţiunei de rezonator, dar în această situaţiune celula rezonator care sufere, transmite mai departe suferinţa sa, care se traduce prin durerile sau stările psihice proaste premergătoare schimbărilor de vreme. Este evident că sub îmbogăţirea atmosferei în ioni negativi senzaţia latentă de durere care în mod normal scapă conştiinţei, devine perceptibilă. Dar unele perturbări atmosferice se produc prin polarizaţia de ioni pozitivi şi astfel în mod fatal nu toate perturbaţiunile electrice atmosferice sunt generatoare de dureri; deasemenea nu întotdeauna furtuna izbucneşte în centrul unei regiuni turburate electric ci uneori numai la limitele sale şi atunci profeţii de timp pot percepe o perturbaţiune atmosferică ce nu se manifestă decât la oarecare distanţă. (M. P. Weill) *Göckel* atrage atenţiunea asupra faptului că atunci când suflă «föenul» durerile reumaticilor se exacerbează iar caracteristica acestui vânt este aerul uscat şi cald dar mult electrizat.

Diferitele raze cosmice şi telurice ar fi fără nici o influenţă asupra vieţei după unii autori; alţii însă afirmă că influenţele acestea s'ar manifesta chiar şi asupra psichismului *(Tijevschy)*. Radiaţiunile cosmice pot traversa un metru de plumb în timp ce particulele cele mai penetrante ale radiului sunt oprite de câţiva milimetrii din acest metal. *(A. Missenard)*. *Lakovschy* consideră filamentele constituante ale nucleilor celulari ca pe nişte circuite oscilante ce vibrează la foarte mari frecvenţe sub influenţa razelor cosmice sau telurice. L. Leprince-Ringuet afirmă că în anumite cazuri puterea lor distrugătoare, poate avea efecte considerabile, cu toate că în aparenţă nu ar avea nici o influenţă asupra materiei vii. Marea lor putere de pătrundere le fac să traverseze în mod permanent corpurile omeneşti astfel că nu se pot nega relaţiile dintre aceste radiaţiuni şi unele stări sufleteşti sau chiar influenţe directe asupra ţesuturilor bolnave producând fenomene dureroase. Viaţa de pe pământ se pare a fi sub imediata dependenţă a ritmului universal, în special a celui astronomic *(A. Missenard)*. Aceste relaţiuni au fost bănuite sau cunoscute de multă vreme; ele se află la origina ipotezei influenţelor acţiunei siderale asupra vieţii omeneşti *(A. Missenard)*. Vechii astrologi, poate că erau iniţiaţi în aceste taine. *Carpantier* şi *Jausion* vorbesc în acest sens, despre o rezonanţă între fenomenele vibratorii biologice şi variaţiunile periodice universale.

Organismul omenesc acest minunat complex de funcţiuni vitale variate este supus necontenit influenţelor mediului său ambiant. Nu scapă acestui mediu care şi el este un complex de fenomene fizice electrice, magnetice şi biologice nici un individ. Reumaticii reacţionează astfel cum am văzut mai sus agresiunilor factorilor acestora prin exacerbarea durerilor sau prin recrudescenţa leziunilor. Dacă unii dintre factorii climatici nu ar avea o acţiune netă asupra acestor bolnavi, asociaţia lor însă şi efectul lor simultan, deoarece stau în strânsă dependenţă, produc fenomenele supărătoare.

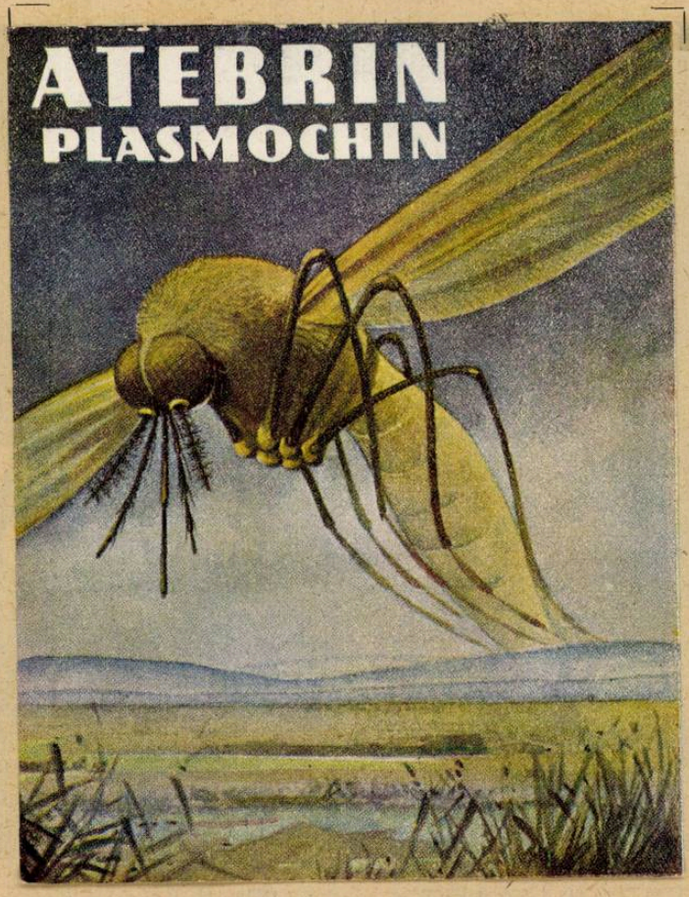
Variaţiunile de presiune atmosferică se însoţesc de un întreg ansamblu de fenomene meteorologice corelative ca variaţii de forţă şi direcţie a vântului variaţii de temperatură, de stare higrometrică, de electricitate, etc., cari participă neapărat la turburările observate de cei bolnavi *(Van Rayn)*. De aci decurg în mod practic şi unele reguli de observat pentru buna îngrijire a acestor bolnavi.

Reumaticii au nevoie de un climat uscat, cu foarte mult soare, şi electrizat pozitiv. Ei trebuie să se ferească de umezeală, de brumă, ceaţă, vânt; variaţiile bruşce ale condiţiunilor climatice le sunt deasemenea dăunătoare. Se vor simţi foarte bine în regiunile cu altitudine joasă, la poale de colnic *(M. P. Weill)*, dacă locurile sunt uscate, mult aerate, însorite, dacă au o temperatură stabilă sau cel puţin cu variaţii mici. Deasemenea solul să fie nisipos sau calcaros, să aibe adăpost împotriva furtunilor fie prin păduri la oarecare distanţă, fie prin mici ridicături de pământ; coline, dealuri, etc., spre a se putea feri în acest fel de influenţele electrice. Se vor feri de cursurile de ape, bălţi, lacuri, etc., fie pentru a preîntâmpina influenţele curenţilor, fie pe acelea ale umezelei şi a recelui. Malul mărei vara este foarte bun loc de recomandat pentru aceşti bolnavi. In timpul iernei însă din cauza vânturilor, a umezelei reci a descărcărilor electrice, a furtunilor trebueşte evitată o şedere la mare.

Dacă se ţine seama însă de etiologia reumatismului sau mai bine zis de forma de reumatism de care sufere un bolnav atunci decurg chiar anumite indicaţiuni de terapeutică climatică.

După *Neegaard* dela Zuerich, unele reumatisme cari se bănuiesc, a fi de origină tuberculoasă cu evoluţie lentă şi cu vindecare greoaie s'ar aranja foarte bine cu o şedere la înălţimi (munte, platou, etc.). Pentru reumatisanţii cronici este foarte necesară o şedere la şes într'o regiune adăpostită, sau într'un climat marin temperat (mediteranian), mai ales în cursul verei. Exemplele acestea variază la infinit; fiecare medic trebuie să-şi trimită bolnavii în regiuni cari să le fie de folos staţiunile balneo-climatice chiar, trebuiesc căutate astfel încât pe lângă tratamentele balneare să le poată folosi şi situaţiunea lor geografică.

Aceste deziderate se pot realiza oriunde cu puţină atenţie astfel încât reumaticul pe lângă tratamentele obişnuite se va putea folosi şi de cunoaşterea unor anumite reguli pentru a se putea restabili sau cel puţin numai pentru a-şi putea suporta mai uşor starea sa.



Tratamentul cu

Atebrin

este scurt: 5—7 zile; **simplu:** 3 tablete pe zi;
radical: efect terapeutic desăvârşit, cu o cotă mică de recidive;
fără pericol: fără efecte secundare.
Indicat şi în timpul sarcinei.

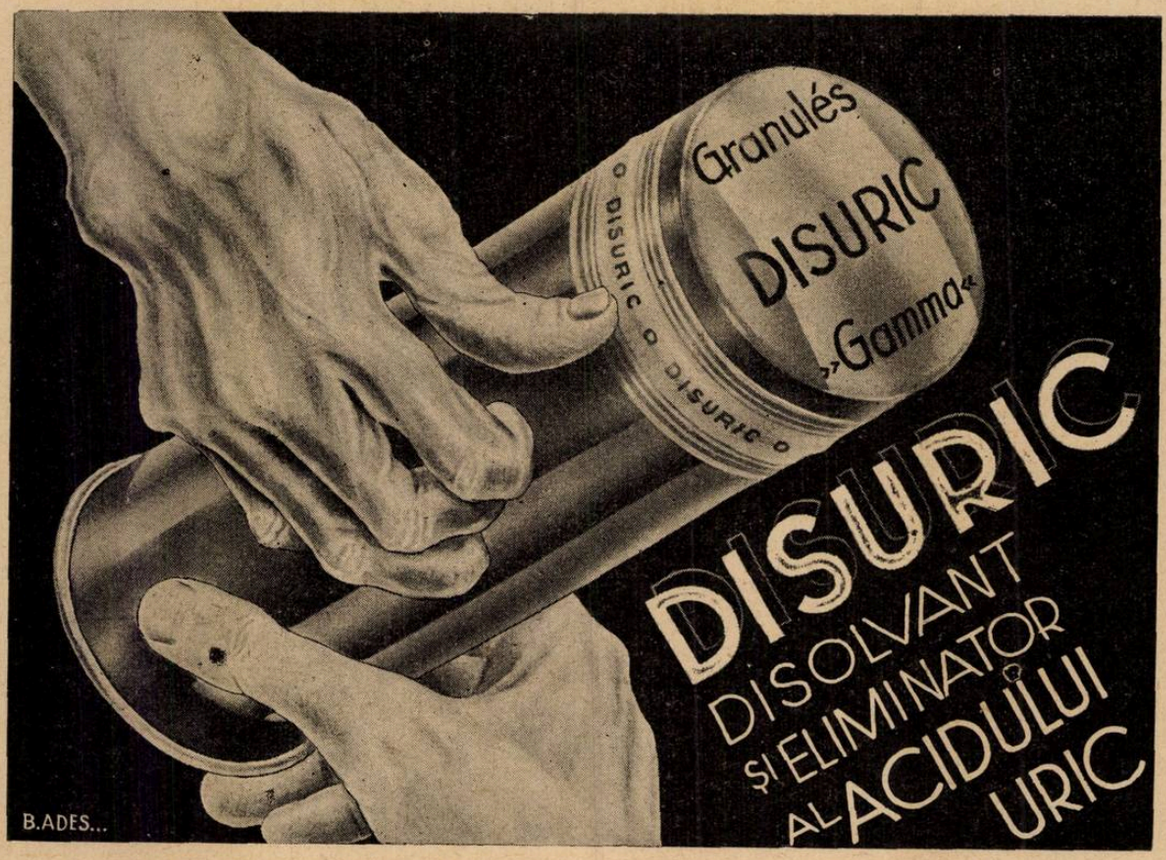
Se asociază eventual o cură cu preparatul gametocid

Plasmochin

Profilaxie: In fiecare a doua zi câte o tabletă de ATEBRIN

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86. Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.



DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC

GRANULE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." S. A. R. București, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

PRINCIPII IN REGIMUL ALIMENTAR AL BOLNAVILOR DE FICAT

de Dr. I. DUMITRESCU POPOVICI
Medic primar de spital

Ficatul fiind o glandă digestivă şi prezidând tot odată metabolismul nutriţiei şi al asimilaţiei — va fi întotdeauna influenţat de regimul alimentar la care este supus individul.

Şi, dacă la individul normal ficatul suferă influenţe în raport cu alimentaţia — cu atât mai manifestate va fi aceste influenţe la indivizii — cu ficat pathologic.

In consecinţă, în tratamentul afecţiunilor de ficat şi căilor biliare regimul alimentar va fi de acelaş plan cu terapeutica medicamentoasă şi cu agenţii fizici. Sunt cazuri în patologia hepatică, când regimul alimentar va fi singura terapeutică — raţională şi absolut necesară — cum am insistat într'o publicaţie anterioară*).

Ficatul este tot odată şi uzina de preparare — şi diriguitor al diverselor substanţe necesare diferitelor organe precum şi magazie de depozitare pentru unele rezerve. Ficatul supraveghează oprind din circulaţie diversele substanţe toxice pe care încearcă să le neutralizeze — le transformă — le fixează sau le elimină pe căile biliare.

Dată fiind multiplicitatea acestor funcţiuni se vede influenţa pe care o poate exercita asupră-i, alimentaţia — dar cum ficatul se bucură de acea «*asinergie*» funcţională — de acea independenţă a funcţiunilor — unele faţă de altele — este greu a se spune că un ficat este perfect normal — sau începe să devină pathologic. Probele de insuficienţă hepatică ne pot da în parte oglinda stării funcţionale a acestei glande — dar sunt complicate şi greoaie — şi nu sunt la îndemâna oricui pentru a fi practicate în mod curent.

Glénard — grupase sub denumirea de «hepatism» acea serie de turburări generale cu digestii greoaie — cu ficatul depăşind falsele coaste, cu o uşoară coloraţie subicterică — cu gura amară dimineaţa etc. etc — tulburări care fără să aibă nimic specific — atrăgeau totuşi atenţia către glanda hepatică.

Autorii contimporani — grupează «hepaticii» în patru grupe mari:

a) In prima grupă ar intra cei care din punct de vedere clinic prezintă modificări importante în starea ficatului:

— Cei cu tumori hepatice.
— Ciroticii.
— Congestiile hepatice.

b). In a 2-a categorie vor intra ictericii — care prezintă sau nu modificări vizibile ale glandei hepatice. Din această grupă vom da de la început la o parte icterul hemolitic.

c) In a 3-a grupă intră afecţiunile biliare, cei cu cholecistită şi litiazicii biliari.

Nu de mult *Guy Albalt* şi *Caroli* au adus dovezi histologice — că mai toate cholecistitele se întovărăşesc — de o hepatită.

In regimul alimentar al acestora va trebui deci să ţinem socoteală şi de gradul de insuficienţă hepatică de care se însoţesc afecţiunile veziculo-biliare.

Vor trebui să beneficieze şi aceştia de regimul alimentar al hepaticilor.

d) In fine în cea de a 4-a grupare a contimporanilor ce s'au ocupat cu catalogarea afecţiunilor hepato-biliare — intră cei din categoria vechilor hepatisme ale lui *Glenard* — unde disfuncţiunea ficatului — poate cu greu fi demonstrată.

Toţi cei din această grupare prezintă o insuficienţă frustă hepatică.

— In această categorie vom grupa pe toţi acei cu o constipaţie cronică, bilirubinemică — cu sau fără tiflo-colită;

— pe toţi cei cu alternative de diaree şi constipaţie.

— pe toţi cei ce prezintă gura amară şi cleioasă dimineaţa — precum şi halena fetidă — pe toţi cei ce prezintă adesea migrene şi mai ales cefalei occipitale — după cum a insistat *Félix Ramond* şi *P. Chène* — precum şi acei care prezintă eriteme fugace.

Tot în această grupă vom categorisi pe cei cu exeme cronice — rebele la tratamentul local.

In fine mai putem grupa aci pe toţi cei care mănâncă mult — prezintă un ficat congestiv şi au o tendinţă la somn după masă, sau o diaree prandială.

Poate că termenul vechi de «hepatism» a lui «*Glénard* era mai potrivit de cât acela de «insuficienţă hepatică» care tinde să se împământenească tot mai mult astăzi.

Termenul de insuficienţă hepatică deşi potrivit din punct de vedere fiziologic, păcătueşte că este prea «pretios» şi sperie pe cei mai mulţi — şi în plus nu cuprinde şi noţiunea de «trecător». In adevăr aceste turburări sunt deseori ciclice — cu repetiţie — şi de cele mai multe ori în funcţie de abuzul alimentar.

«Hepatism» este un termen mai elastic — nu implică numai decât «o insuficienţă hepatică» care să dea de gândit — păstrând în acelaş timp atenţia îndreptată către glanda hepatică.

*

Căutând a conduce un regim alimentar unui hepato-biliar vom avea în vedere noţiunile expuse pe scurt mai sus — şi ţinând socoteală de acestea — nu ne vom mulţumi numai a face o deosebire între diferitele alimente — dar vom căuta să arătăm cantităţile de alimente pe care le va lua bolnavul — numărul meselor — dar mai ales felul de preparare al acestora.

Şi tot ca noţiune de căpetenie — vom observa ca regimul să fie variat — şi să nu plictisească pe bolnav şi să fie cât mai plăcut ca formă şi gust.

La baza întocmirii unui regim alimentar hepaticilor — vom ţine seamă de anumite date fiziologice — dar nu vom lăsa deoparte nici anumite învăţăminte de ordin empiric care au la bază o observaţie îndelungată.

Experienţa ne arată că fiecare bolnav are o capacitate individuală — o constantă a sa proprie şi pentru cantitatea de alimente — şi pentru felul acestora — şi pentru felul de preparare al alimentelor.

Odată cu instalarea tulburărilor hepatice — acest indice personal se exagerează. Bolnavul va prezenta intoleranţe alimentare particulae, idiosincrazii — manifestate prin explozii diaretice — sau urticariene — sau va duce la crize de migrene. Nu mai vorbim de crizele de colice hepatice — care survin după ingestia — cutărui sau cutărui aliment — sau medicament — factor care variază de la individ la individ.

Aceste produse specifice — luate chiar în mică cantitate vor fi de multe ori, punctul de plecare al crizelor.

Unii bolnavi şi cei mai mulţi fac crizele după ce mănâncă ouă sau preparate de ou, alţii după îngheţate, alţii după un pahar de vin. Socolata, cafeaua turcească, ciupercile — racii şi alimentele prăjite în untură — cauzează altor bolnavi reapariţia crizelor. Dintre medicamente — afară de cele purgative — aspirina — salicilatul de sodiu sau salipirina — stau pe primul plan.

Faptul de observaţie individuală — va sta la baza contra indicaţiei respective.

Aşa zisele «intoleranţe alimentare» — se întâlnesc mai des la hepatici decât la ceilalţi bolnavi. Un aliment oare care — şi care de obicei şi a priori — pare cu totul inofensiv — determină la alţii tulburări importante.

Prin urmare înainte de a proceda la instituirea unui regim alimentar unui hepatic va trebui ca medic să ne informăm asupra alimentaţiei bolnavului şi să căutăm a trage concluzii de ordin practic. Bolnavul prin observaţiunea

*) Regimul alimentar în diverse maladii un volum de 320 pagini — premiat de Academia Română.

sa personală va trebui să contribuie la descoperirea alimentelor sau seriei de alimentare care stau la baza provocării de crize.

Félix Romand insistă întotdeauna ca la acești bolnavi să precizăm idiosincraziile și intoleranțele. Aceste intoleranțe vor fi întotdeauna mai des întâlnite la hepatici — decât la ceilalți dispeptici. Acest fapt de observație este atât de prețuit de medici încât face din el un element de diagnostic de insuficiență hepatică.

Bazele fiziologice care stau la temelia instituirii unui regim alimentar la hepatici — sunt însă-și funcțiunile glandei. Vom ține în primul rând seamă de funcția biliară:

Ficatul prin cantitatea mare de secreție externă adică de bilă — ia parte într'o măsură importantă la actul digestiei. Bila joacă un rol capital în digestia și asimilarea grăsimilor. Vom ține prin urmare socoteală de factorul biliar în regim — în raport cu cantitatea de grăsimi permise. Un regim alimentar prea restrâns — și complect lipsit de grăsimi — nu va conveni nici acesta hepaticilor. Când organismul e supus la un regim prea sever — celulele hepatice vor produce prea puțină bilă — fluxul biliar va scădea — iar în vezicula biliară se va găsi o bilă de stază — vâscoasă și îngroșată. Concentrarea de bilă se va face în dauna sărurilor biliare — și știm ce rol important joacă acestea atât în precipitarea cholesterinii cât și în apariția calculilor.

Cum îi vom da însă bolnavului să mănânce, secreția bilei va crește. Alimentația este prin ea însă-și și coleretică și cholagogă.

Este interesant de notat — că atât în epocile de foamete — cât și cele de prea mult belșug bolile de ficat — devin mai frecvente.

O lipsă de alimentație ca și un exces alimentar duc la acelaș lucru, la slăbirea funcțiunii celulei hepatice.

In concluzie — în împrejurări normale — să evităm regimurile exagerate — și să fim atenți la prânzurile prea dese — care sunt de multe ori impuse de către medic;

Un exemplu — cura de supra alimentare în cursul infecțiunilor tuberculoase.

Foarte mulți tuberculoși sfârșesc de a scăpa de oftică — dar devin hepatici — printr'o alimentație excesivă.

Funcțiile, protidică și glicopexică — deși diferite sunt în strânsă legătură una cu alta.

Acizii aminați aduși de vâna portă sunt transformați de către celula hepatică reconstituind albumină nouă, care prin desaminare suferă o desintegrare azotoasă în amoniac mai întâi, și uree până la urmă. Resturile protidice ale acestor transformări sunt cu atât mai abondente cu cât ficatul este mai deficient — (coeficientul lui Robin).

Acesta este argumentul pentru care o sumă de medici reduc cantitatea de carne hepaticilor.

Se mai susține de către unii că proteinele ar scădea și cifra de glicogen din celula hepatică — și prin urmare ar slăbi pe bolnavi și le-ar scădea rezistența. Sunt autori care au arătat totuși — pe cale experimentală — că animalele supuse la un regim carnat exclusiv — continuă să-și depoziteze glicogen în ficat. Această acumulare de glicogen este la fel și când animalele sunt hrănite cu mai puțină carne și cu mai mulți hidrați de cărbune — (Experiențele lui *Junkersdorf*).

Mai mult încă, *Rosenfeld*, a putut demonstra că o hrană mai bogată în carne împiedică infiltrația și degenerescența grăsoasă a ficatului în cursul intoxicației experimentale cu florizină — iar alte experiențe, ale lui *Barker au arătat* degenerescența.

In instituirea unui regim hepaticilor — vom ține deci socoteală de principiul — că și suprimarea complectă — cât și abuzul de carne este o greșală dăunătoae bolnavului.

*

Grăsimile fiind cholagoge prin excelență — pot în afecțiunile căilor biliare să prezinte inconveniente grave.

Abuzul de alimente grase mai poate să ducă, cu timpul, la o infiltrație grăsoasă a ficatului — și eliminarea glicogenului din celula hepatică. Sunt cunoscute lucrările lui *Vidal* și *Abrami* — care arătaseră că produsele de desintegrare ale grăsimilor — pot fi nocive hepaticilor.

Dintre diferitele grăsimi unele sunt mai puțin supărătoare altele mai mult.

Există deci o scară de tolerabilitate pentru fiecare.

Grăsimile de porc, de vită și de oaie — adică cele cu punctul de topire mai ridicat sunt cele mai vătămătoare celulei hepatice.

Nici felul de preparare al grăsimilor nu este fără interes. Experiențele lui *Heiless* au dovedit, că și observațiunile clinice — de toate zilele, că bolnavii tolerează cu mult mai ușor grăsimea crudă — untul și untdelemnul crud — și chiar slănina — decât grăsimile prăjite — sau chiar carnea grasă friptă la grătar.

Carnea pe care o permitem hepaticilor și biliarilor — va trebui întotdeauna, să fie slabă și nici odată prăjită în grăsime.

Cholesterina, lipoidul fosforat al grăsimilor — nu poate fi asimilată — decât amestecată cu alte grăsimi. Ori cum — de obicei hepaticii — au cifra de colesterină din sânge — crescută nu vom putea încărca această cholesterinemie.

Prin urmare — oule, icrele, creerul și celelalte alimente bogate în acest lipoid — nu vor avea ce căuta în alimentația hepato-biliarilor. Altfel, vom favoriza apariția lithiazei biliare. Unele din aceste alimente — cum sunt oule în deosebi — sunt și cholecistochinetice.

In calculozele biliare — prin urmare, oule ar favoriza reapariția colicilor biliare.

Vom permite acestor bolnavi numai untul proaspăt și untdelemnul crud — ferindu-se în acelaș timp și abuzul cu acesta din urmă — cum este tendința la mulți medici prin instituirea curei de untdelemn.

Funcția antitoxică a ficatului poate fi influențată de felul alimentației.

In mod obișnuit — ficatul reține și descompune toxinele, fie că au fost aduse în organism — fie că sunt produși așa zișii de autointoxicație.

Intre produșii toxici mai des importați — citâm în primul rând alcolul — apoi diversele medicamente ca salicilatul arsenicalele, etc. Și apoi toxinele introduse cu alimentele fezandate și în special cu vânatul și crustaceele.

Autointoxicația pornește de cele mai multe ori din intestin (phenolul, indolul, scatolul, etc.)

Funcția aceasta antitoxică este exercitată de celula hepatică, în dauna depozitului de glicogen care scade.

Vom îngriji prin urmare, ca hepaticii să nu se intoxice cu produși cu acțiune electivă pentru celula hepatică — interzicându-le alcoolul, tratamentele arsenicale; diminuându-le fermentațiile și putrefacțiile intestinale.

Vom susține din contră funcția antitoxică a celulei hepatice deficitare printr'un regim bogat în hidrați de cărbune, recurgând de multe ori în acelaș scop și la tratamentul insulinic.

Alături cu tratamentul insulinic, este la modă astăzi și cu multă logică terapeutica cu vitamine.

Ficatul este bogat în special în vitamina B^1. Când experimental făceam să scadă vitamina aceasta din ficat — se observă o predispoziție — la degenerescență grăsoasă.

Celelalte vitamine au la fel, deși nu încă bine precizat un rol în funcția hepatică.

Ficatul mai contribuind într'o măsură importantă — în a controla și întreține căldura animală joacă un rol și în metabolismul apei.

Conheim și *Lichtenheim* au arătat că o ingestie insuficientă de lichid, provoacă o scădere a secreției, cu o concentrare mare a bilei.

O ingestie prea mare de lichid — duce din contră — la o umflare a ficatului.

PROVEINASE MIDY

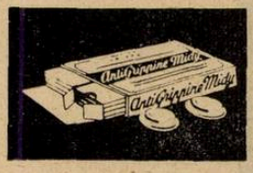
(COMPRIMATE)

REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOASE

POMMADE MIDY
SUPPOSITOIRES MIDY

MEDICAȚIA RAȚIONALĂ A HEMOROIZILOR

ANTIGRIPPINE MIDY



(CAȘETE)

REMEDIU SUVERAN CONTRA GRIPEI ȘI COMPLICAȚIILOR SALE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eșantioane și Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREȘTI, 4

INSOMNIILE
DE ORICE NATURĂ

INSOMNIILE
AGITAȚILOR

INSOMNIILE
ANXIOSILOR

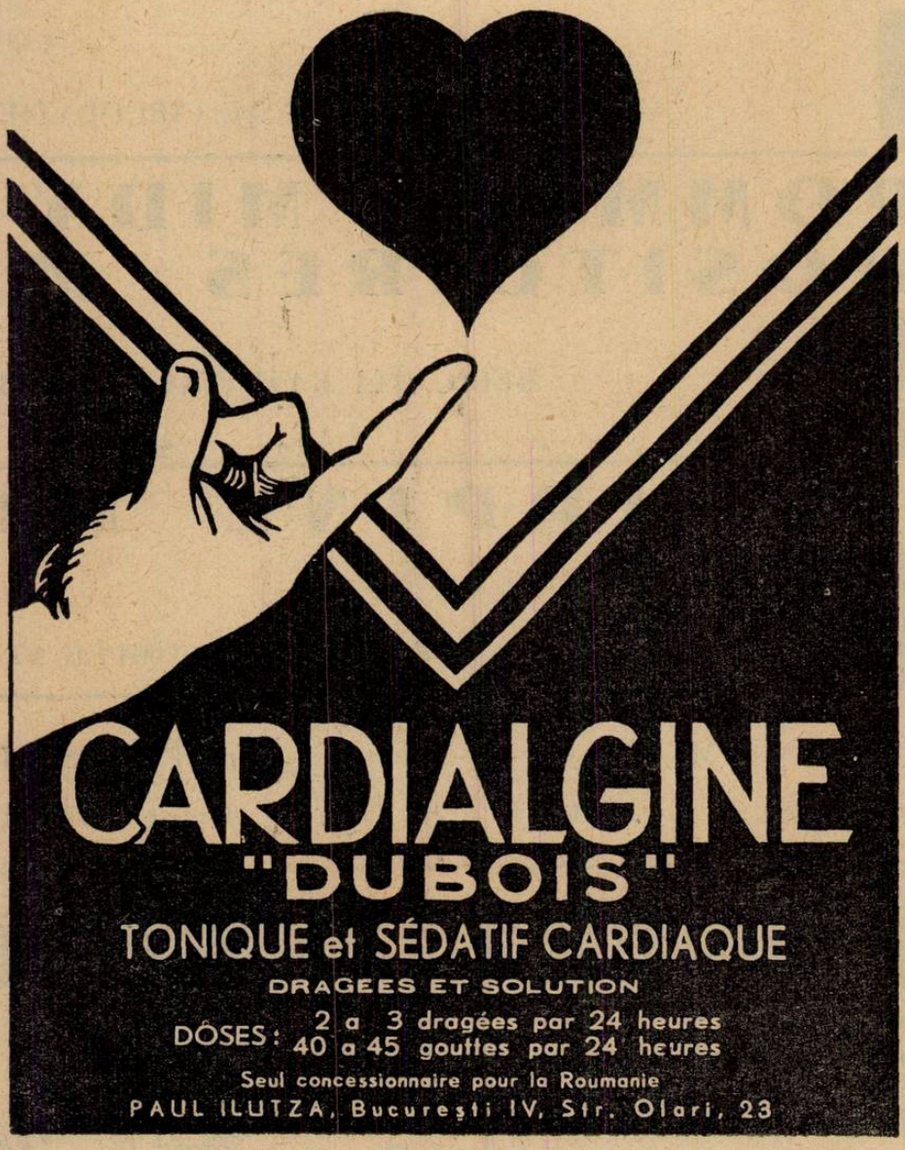
SUPPONERYL

Supozitoare cu Soneryl

— PARIS - 7e —

THÉRAPLIX

Propagande medicale: „THERAPLIX" Str. Anastasie Simu No. 6, București III.



CARDIALGINE
"DUBOIS"

TONIQUE et SÉDATIF CARDIAQUE

DRAGEES ET SOLUTION

DÔSES : 2 a 3 dragées par 24 heures
40 a 45 gouttes par 24 heures

Seul concessionnaire pour la Roumanie
PAUL ILUTZA, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie : Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Hepaticilor în prescrierea unui regim alimentar — va trebui prin urmare să le reglementăm şi cantitatea de lichide în raport cu volumul glandei şi cu concentrarea secreţiei biliare.

* * *

Din cele de mai sus se deduc principiile directoare în alcătuirea raţională a regimului hepaticilor.

Vom căuta să nu supunem ficatul la nici o oboseală alimentară.

Vom interzice cu desăvârşire alimentele toxice.

Vom supraveghia îndeaproape buna funcţionare a intestinului.

Pentru punerea la adăpost a ficatului de oboseală, avem la îndemână trei mijloace:

Vom micşora cantitatea de alimente.

Vom interzice alimentele ce forţează activitatea celulei hepatice şi vom elimina orice aliment toxic din alimentaţie.

Experienţa ne mai arată că hepaticii tolerează greu băuturile şi alimentele reci — mai ales dela ghiaţă.

Căldura, din contră — ajută la digestie şi uşurează multiplele sarcini ale ficatului.

Contra constipaţiei vom veghea pentru a evita fenomenele de fermentaţie ca şi cele de putrefacţie — recurgând la nevoie, la laxativele uleioase sau la cele cu bază de cărbune sau de săruri biliare.

Hepaticilor icterici le vom prescrie un regim bogat în hidraţi de cărbune mai ales în zahăr şi levuloză (care măreşte puterea de apărare contra infecţiunilor). Ţinând seamă de principiile schiţate mai sus, vidarea intestinului o vom asigura prin clisme zilnice — chiar reci — spre a mări contractibilitatea intestinului.

Lupta care se duce astăzi între partizanii teoriei acelora care recomandă — şi a acelora care se opun la permiterea cărnii în cursul icterului este încă în curs.

Aci — simţul clinic — al fiecărui din noi — starea bolnavului şi gradul de intensitate al icterului — vor fi acelea care vor conduce la atitudinea de luat.

In orice caz, s'a dus timpul regimurilor excesiv de restrictive.

Tratamentul cu insulină — ca şi cel vitaminic — trebueşte însă considerat ca făcând parte din însăşi dietetica ictericului şi ordonat ca atare.

Cunoaşterea cât mai amănunţită a fiziologiei glandei hepatice şi a secreţiei biliare — va fi aceia care va duce la diatetica cea mai nimerită în afecţiunile hepato-biliare — ţinând bine înţeles socoteală — de la caz la caz, de starea bolnavului de intensitatea tulburărilor, cât şi de acel factor individual — de toleranţă — sau de intoleranţă alimentară.

TRATAMENTUL ALGIILOR PRIN INJECŢII INTRADERMICE CU APA DISTILATA

de Dr. ALEXANDRINA GHERASIM
Medic Secundar. Spit. Public. Tg. Săcuesc.

Sunt familiari tuturor sarcinilor de consultaţii şi tuturor cabinetelor medicale bolnavii cu diverse algii rebele le orice tratament, bolnavi care pleacă etichetaţi de «nervoşi», lucru care traduce insuccesul medicului curant. Există o serie de sindrome dureroase ca: nevralgia intercostală, lumbago, sciatică, dureri după amputaţie, sequele dureroase după fracturi, junghiurile toracice ale tuberculoşilor, sindrome care au făcut subiectul multor studii şi multor încercări terapeutice având în vedere exasperanta lor rezistenţă la antinevralgicele obişnuite. Unele din aceste algii au fost interpretate ca dureri viscerale raportate la periferie (referred pain Ross, Mackenzie) explicându-se relaţia del aviscer la planurile superficiale prin metamerizarea segmentară. *Jarricot* în teza sa (Lyon, 1932) crede că relaţiile dermo-viscerale sunt mai complicate şi nu pot fi explicate numai prin metamerizarea segmentară. După el durerile pe care bolnavii le localizează într'un punct superficial oarecare al corpului, sunt datorite unor perturbaţii speciale a dermului constând dintr'o infiltraţie pe care el o desemnează cu numele de «celulie» sau «sindrom celulic» când există izolat şi «dermalgie reflexă» când traduce suferinţa unui organ profund. Sindromul celulic şi dermalgia reflexă se traduc funcţional prin durere spontană şi provocată prin palparea şi malaxarea tegumentelor. Astfel *Jarricot* găseşte într'o localizare celulică cheia unor întregi serii de algii: nevralgia intercostală, lumbago, sciatică, iar în cadrul dermalgiilor reflexe pune o întreagă categorie de stări algice care nu au nimic comun între ele decât faptul că indică suferinţa unui organ. In rezumat, după *Jarricot*, toate algiile, oricare ar fi originea şi mecanismul lor, se însoţesc de turburări ale tegumentelor, deci pot beneficia cel puţin în parte de un tratament local superficial, concluzie care îl duce la aplicarea unei terapeutice uniforme: injecţii intradermice cu apă distilată.

Deja din 1924 Lemaire făcea anestezii locale cu novocaină în visceralgii (colica nefretică) iar *Roch* făcea injecţii hipodermice în jurul zonei de durere rapotată. *Parturier, Siccard, Lichtwitz* utilizează metoda injecţiilor intradermice în algiile de orice natură *(Kattz* în colica nefretică, *Aburel* în durerile de travaliu) presupunând că soluţia de novocaină anesteziază o porţiune a arcului reflex de conducere a sensaţiei dureroase.

Profesorul *E. Aron* confirmă recent cele stabilite de Jarricot în lucrarea sa, că orice injecţie intradermică «loco dolenti» şi în special cele cu apă distilată are un efect anti-algic incontestabil. *E. Aron* utilizează însă un amestec de histidină-histamină cu care obţine o sedare rapidă a durerilor, *Weissenbach, Lenormand* cu acelaş amestec publică rezultate surprinzătoare în maladia lui Raynaud, claudicaţia intermitentă, reumatismul acut şi cronic. *(Weissenbach* dă în statistica sa 85% vindecări).

P. Lucciardi, într'un studiu recent, al său (Pr. Méd. 3.XI.1937) aplică acest tratament în algiile toracice ale tuberculoşilor pulmonari (pleurezie, pneumotorax spontan, dureri toracice în tuberculoza cronică). El înlocueşte amestecul histidină-histamină utilizat de *Aron* cu apă distilată temându-se de acţiunea acestor substanţe asupra leziunilor pulmonare fără ca efectul sedativ să fie întrucâtva diminuat.

Incurajaţi de rezultatele surprinzătoare publicate de autorii de mai sus şi tentaţi de simplitatea şi inocuitatea metodei am încercat şi noi acest tratament pe o serie de 40 de bolnavi. Algiile susceptibile de a beneficia de injecţiile intradermice cu apă distilată, sunt după autorii citaţi, următoarele: junghiul din afecţiunile pulmonare acute (pleurezie, pneumotorax, pneumonie la început), aşa numita nevralgie intercostală durerile toracice ale tuberculoşilor cronici, diversele colici apendiculară, (nefretită) lumbago, sciatică, nevralgii ale membrelor superioare, sequele dureroase după fracturi, bonturi dureroase, menoragii, după cum vedem algii hetegrogene care cu greu ar putea fi înglobate într'un capitol dacă nu ar avea un singur caracter comun: acela de a ceda aceleaşi metode terapeutice aşa cum o proclamă promotorii ei.

Noi ne-am limitat la un lot de cazuri mai homogene şi anume: 12 cazuri de algii toracice la bacilari cronici, 8 nevralgii intercostale, 8 cazuri de sciatică, 6 cazuri de lumbago, 5 fracturi de coastă, I caz de pneumonie la început. Toţi aceşti bolnavi, afară de cei cu fractură de coastă şi pneumonie îşi purtau durerile de un timp mai îndelungat, dela 4 săptămâni — 3 luni, fuseseră trataţi pentru ele şi epuizaseră catalogul antivralgicelor şi metodelor fizioterapice.

In total am înregistrat 5 insuccese distribuite astfel: simfiză pleurală, induraţia vârfului stg. pleurită uscată a bazei între cele 12 cazuri de algii

toracice la bacilari cronici, I caz din, cele 5 de fractură de coastă, la care de altfel durerile au perzistat multă vreme după consolidare şi un caz de sciatică veche de 2 ani.

Technica metodei este extrem de simplă şi la îndemâna oricui. Punctul sau regiunea dureroasă este indicată de bolnav şi controlată de medic după metoda lui *Jarricot* (pincer-palper şi pincer-rouler). Se face un pliu cutanat iar cele 2 degete care fac pensa rulează unul pe altul planurile tegumentare ale pliului. In cazul unei celulii se simte prin această manevră o împăstare specială a dermului şi bolnavul acuză o durere vie. Odată zona dureroasă determinată, după o prealabilă desinfecţie a pielii, se face cu un ac fin o injecţie intradermică introducând câteva picături până la ½ cc. apă distilată, la nevoe apă fiartă şi răcită. Se fac una sau mai multe asemenea injecţii într'o şedinţă după întinderea zonei sensibile. Imediat după injecţie se observă următoarele fenomene locale: în jurul papulei ce se formează prin infiltraţia intradermică de apă apare rapid o zonă de hiperemie destul de întinsă, cam cât un pod de palmă, alteori mult mai mare. Această hiperemie dispare în ½—3 ore. După rezorbţia apei, care este mai rapidă, nu rămâne vizibil decât punctul unde a fost făcută înţepătura. Afară de fenomene locale s'au mai descris, rare ori e drept, fenomene generale: agitaţie ameţeală, o stare de anxietate. In momentul injecţiei bolnavii au o senzaţie destul de dezagreabilă de arsură şi usturime care dispare în 1—3 minute şi odată cu ea şi vechea durere, spre mirarea bolnavului. Insistăm odată cu *E. Aron* şi *Jarricot* asupra efectului instantaneu al acestor injecţii asupra elementului durere. Dispariţia durerei este rapidă şi totală în majoritatea cazurilor. Rare ori după prima injecţie se obţine o ameliorare nu o sedare completă (algii toracice la bacilari). In ceace priveşte durata analgesiei obţinute, rezultatele noastre se apropie de cele ale autorilor menţionaţi. Ei vorbesc de o vindecare a algiilor, de dispariţia lor totală şi definitivă prin metoda lui Jarricot. Noi nu am atins acest succes decât în cele 5 nevralgii intercostale şi lumbago. In adevăr, durerea dispare total, pentru multă vreme chiar (câteva luni) dar nu totdeauna definitiv şi cu drept cuvânt, căci dacă injecţia intradermică reprezintă ca singură tratamentul unei afecţiuni, cum e cazul în nevralgia intercostală, de foarte multe ori ea nu este decât tratamentul durerei, rămâne de făcut tratamentul cauzei acestei dureri.

Cei care preconizează această metodă insistă în special asupra laturei ei practice, fără a se preocupa prea mult de modul cum lucrează. La început, efectele sedative s'au pus în contul substanţei introduse (novocaină, histamină, histidină) apoi s'a văzut că rezultatele sunt aceleaşi cu apă distilată sau numai fiartă şi răcită. După unii, apă introdusă, prin dilaceraţia dermică pe care o produce dă naştere unui reflex cu efect sedativ, după alţii însăşi massa lichidului ar provoca acest reflex. Fără a intra mai mult în discuţii de fiziopatologie, ne limităm a sublinia folosul real pe care această metodă îl aduce în practica medicală de toate zilele.

Deşi e greu să ridicăm acest procedeu la rangul de conduită terapeutică în algiile rebele după o experienţă redusă la 40 observaţii, bazându-ne pe faptul că şi alţi autori ajung la aceleaşi concluzii, putem avansa că această metodă este mult superioară tratamentelor medicale şi fizioterapice obişnuite şi că pentru a nu pierde timp, e bine să începem tratamentul unei algii prin injecţii intradermice cu apă distilată şi numai dacă acesta dă greş să recurgem la vechiul arsenal terapeutic.

Acţiunea apelor clorosodice-iodate din Vulcana asupra hipertensiunei

de Dr. GH. I. MAREŞ

Până la jumătatea secolului trecut, orice afecţiune cardio-vasculară constituia o contraindicaţie absolută pentru orice tratament balnear.

In 1859 apare primul memoriu al lui *F. W. Beneke*[1], prin care arăta unele observaţii, întâmplător făcute asupra bolnavilor de reumatism, trataţi la Nauheim, şi cari aveau şi o afecţiune cardiacă. Rezulta din aceste observaţii, că leziunile cardiace, la bolnavii cari făcuseră băi, nu numai că nu se agravaseră, dar chiar se ameliorase simţitor. Intr'o monografie, doi ani mai târziu şi în alte comunicări ulterioare, acelaş autor arată succesele obţinute prin băi asupra bolnavilor cu afecţiuni cardio-vasculare. De atunci o mulţime de comunicări, ale celor mai autorizaţi autori, *Beneke, I. Grodel, A. Schott, Jacob, Fr. M. Grodel*, stabilesc definitiv valoarea băilor carbo-gazoase în tratamentul acestor afecţiuni. Această noţiune este atât de vulgarizată, încât nu numai că ori ce medic practician o posedă, dar a pătruns şi este cunoscută chiar de către bolnavi.

Astăzi, când principiul specializării apelor minerale, indispensabil ori cărui progres în terapeutica hidrominerală, este pretutindeni recunoscut iar în majoritatea staţiunilor cu reputaţie din străinătate şi în ultimul timp şi dela noi, un fapt îndeplinit: când băile carbogazoase se bucură de această reputaţie în tratamentul afecţiunilor cardio-vasculare, s'ar părea poate, unora, inutilă cercetarea acţiunii altor ape minerale (cum sunt cele cloro-sodice-iodate asupra tensiunii arteriale.

Totuşi, aceste observaţii nu sunt de prisos. Lăsând la o parte faptul că apele minerale carbogazoase, cu eficacitatea cea mai evidentă în afecţiunile cardiovasculare, sunt cele cari conţin şi *clorur de sodiu* şi că deci acestui element, cel puţin în parte, i se datoreşte efectul fericit asupra acestor afecţiuni; lăsând la o parte şi curiozitatea ştiinţifică care, ea singură, ar putea motiva studiul acţiunii diverselor ape minerale, altele decât cele carbo-gazoase, asupra aparatului cardio-vascular, şi alte nevoi mai practice reclamă acest lucru: Sunt acei bolnavi cari au nevoie de băi calde pentru alte afecţiuni decât cele cardio-vasculare, dar cari adesea se complică cu acestea din urmă.

După cum atunci când este vorba de o apă minerală de băut, este util să-i cunoaştem acţiunea asupra stomacului, indiferent de organul pe care căutăm să-l influenţăm (rinichi, ficat, intestin), pentru că apa vine mai întâiu în contact cu stomacul, tot aşa atunci când este vorba de o bae caldă, trebue să ştim ce efect are asupra sistemului cardio-vascular, ori care ar fi afecţiunea vizată prin acest tratament balnear, deoarece organele cele dintâi şi cele mai profund influenţate sunt în acest caz, cordul şi vasele.

Deacea, în toate staţiunile unde tratamentul hidro-mineral se aplică sub forma de băi, s'a simţit nevoia de a se studia acţiunea băilor asupra aparatului cardio-vascular.

Să nu amintim decât cercetările mai de seamă româneşti, făcute în acest sens şi acestea foarte pe scurt.

In 1923 *P. Niculescu*, din studiile făcute timp de mai mulţi ani asupra reumaticilor cronici hipertensivi, găseşte că băile calde cloruro-sodice-iodate din Govora, au acţiune favorabilă asupra hipertensiunei arteriale, în majoritatea cazurilor şi că deci hipertensiunea nu constitue o contraindicaţie absolută pentru aceste băi. Autorul accentuează că observaţile nu pot fi juste decât asupra acţiunii imediate a băii, acţiunea îndepărtată a băilor fiind modificată de alţi factori.

1) *Beneke F. W.* Über Nauheimer Solthermen und deren Wirkung auf den gesunden und kranken Organismen. Marburg. N. E. Ewert-Verlag 1859.

In 1925 *H. Slobozeanu* găseşte că hipertensivii, prezintă o scădere a T. A. Max. de 30—35 mm. Hg. în 50% cazuri sub influenţa băilor calde de nămol de Tekirghiol.

Acelaş autor în 1925 studiază acţiunea băilor calde de Tekirghiol, asupra T. A. la bolnavii hipotensivi. Găseşte că în 40,7% din cazuri tens. art. creşte, în rest rămâne staţionară sau scade.

N. Marinescu şi *V. Munteanu* în 1935, arată din nou acţiunea hipertensivă a băilor calde de nămol de Tekirghiol. Observaţiile arată că T. A. Max. cade mai repede şi mai mult, decât minima.

C. Mihăilescu şi *L. Alexiu*, recent găsesc că băile calde sulfuroase de Olăneşti, la temper. de 37°—38° C., au avut în toate cazurile cercetate un efect hipotensiv, atât în timpul băii, cât şi 20 după eşirea din bae.

I. Daniel, pe bolnavii cari urmează cura mixtă (băi şi ingestie) de apă sulfuroasă de Olăneşti, încă observă scăderea tens. art.; autorul însă înclină să creadă că hipotensiunea observată la aceşti bolnavi, s'ar produce prin intermediul ficatului.

E. Hurmuzache, în 1924, la Budache, arată că băile calde de nămol din acea staţiune, au în general un efect hipotensiv marcat asupra tens. art. Autorul crede că această scădere depinde şi de afecţiunea pentru care bolnavul urma tratamentul balnear.

*

In vara anului 1937, la Vulcana-Băi (jud. Dâmboviţa), numărul relativ mare de reumatici cronici cari prezentau tens. art. ridicată, ne-au făcut să considerăm mai de aproape această afecţiune şi felul cum a fost influenţată de băile calde cloro-sodice-iodate din acea staţiune.

Dintr'un număr de 210 bolnavi luaţi la întâmplare, din cei veniţi la Vulcana, 86 bolnavi, adică 41%, aveau tens. arterială ridicată. 64% din aceşti bolnavi cu tens. art. mărită, sufereau de diverse forme de reumatism cronic şi numai 36% din ei veneau la băi pentru alte afecţiuni. Deci *reumaticii cronici* hipertensivi erau de două ori aproape, mai numeroşi decât cei cu alte afecţiuni. Din cei 86 bolnavi la cari tens. art. depăşea cifra normală, 55 erau femei, iar 31 bărbaţi. Prin urmare numărul femeilor hipertensive, era de două ori mai mare decât al bărbaţilor. Marea majoritate a hipertensivilor aveau dela 40 ani în sus; orice caz, femeile hipertensive aveau în 80% din cazuri, peste 45 ani şi numai 20% sub această vârstă. Mai amintim că 32,5% din aceşti bolnavi aveau T. A. Max. 16—17 cm. Hg.; 26,7% aveau T. A. Max. 17—18 cm. Hg.; în 27% cazuri T. A. Max. era 18—20 cm. Hg. şi numai în 14% T. A. Max. depăşea cifra de 20 cm. Hg.

Din aceste cifre reiese clar următoarele: *a)* Există un *număr mare* de *reumatici cronici* la cari tens. art. este mărită. (Nu mai amintim discuţiile în cea ce priveşte relaţia de cauză la efect, dintre aceste două afecţiuni, sau de simplă coexistenţă, factorul etiologic fiind un altul şi comun pentru amândouă). b) *Femeile* dau cel mai mare procent de cazuri, la cari reumatismul coexistă cu tens. art. ridicată. c) 80% din aceste femei, sunt în vârstă de peste 45 ani (deci prezintă o *insuficienţă ovariană* fiziologică). d) Aceşti bolnavi prezintă din punct de vedere clinic, o tens. art. ridicată, de tipul celei denumite de autorii germani mai ales, *hipertonie esenţială* sau *constituţională* sau încă *primară*. (Hipertensivii roşii ai lui *Volhard*, spre deosebire de hipertensivii albi, palizi, cu insuficienţă renală, edeme, retinite albuminurice, etc.). Sunt bolnavi a căror stare generală e bună; adesea nu prezintă nici un simptom subiectiv (în legătură cu hipertensiunea), şi aceasta e aflată la medic prima dată.

Pe aceşti bolnavi caracterizaţi pe scurt, am cercetat acţiunea băilor cloruro-sodice-iodate din Vulcana. Băile erau administrate la temper. de 37°—38° C., durata 20—30'. Tensiunea a fost măsurată cu apar. sistem Vaquez-Laubry *(Bouliitte)* şi urmărită atât imediat după bae, cât şi în decursul curei.

a) *Modificări imediate.* Măsurând T. A. la aceşti bolnavi înainte, apoi imediat, la 30' şi 90' după bae, se observă totdeauna o scădere a tens. art. Această scădere descrie o curbă. Cifra cea mai coborâtă se observă imediat după bae şi este de 1—3 cm. Hg. pentru T. A. Max. şi numai de ½—1 cm. Hg. pentru minimă. După 30' şi 90' dela sfârşitul băii, atât Max. cât şi Minima, tind să revină la cifrele iniţiale. Totuşi, după 90', T .A. Max. rămâne în medie cu 1—2 cm. Hg. mai jos decât înainte de bae.

b) *Modificări în timpul curei.* Efectul hipotensiv al băilor observat imediat după bae, se menţine totuşi în parte în restul zilei şi pare să se însumeze în zilele următoare. Urmărind tensiunea bolnavilor în timpul curei, la interval de câteva zile şi la distanţă de 8—10 ore după bae, se observă după bae, se observă după 5—10 zile la majoritatea bolnavilor o scădere a tens. art. de 1—3—5 cm. Hg., faţă de tens. art. cu care bolnavul a venit în staţiune. Aceste scăderi privesc T. A. Maxim. Minima totdeauna a fost influenţată foarte puţin, aşa că diferenţa între maximă şi minimă era micşorată. Totuşi, bolnavii s'au simţit tot timpul bine şi şi-au continuat cura fără nici o turburare. Cu toate acestea, am găsit nimerit să administrăm în câteva cazuri, cantităţi mici de digitală.

La o mică parte dintre hipertensivi, băile nu modifică valorile tens. arteriale; la şi mai puţini se observă o uşoară urcare a T. A. în cursul curei. Toţi au suportat totuşi foarte bine cura de băi.

Un singur bolnav hipertensiv, a trebuit să întrerupă cura pentru spute hemoptoice (la examenul clinic nu prezenta nimic din partea pulmonului; hemoragia părea să aibă sediul în căile respiratorii superioare). Şi în acest caz, este foarte probabil că băile calde au fost mai puţin în cauză (în ceea ce priveşte accidentul hemoragiei), decât mesele copioase şi cantităţile respectabile de lichid pe cari bolnavul le ingera, după mărturisirile sale proprii.

In cea ce priveşte mecanismul prin care tens. art. este scăzută, trebue să deosebim hipotensiunea observată *imediat* după bae, şi cea observată în *decursul curei*, sau după cură.

In primul caz, de hipotensiune imediată, singura explicaţie plauzibilă cred că este acţiunea directă a băii calde asupra sistemului nervos vegetativ şi deci şi a vazamotorilor.

Intradevăr, cercetări experimentale *(Schober, Zimmer, Malicva,* etc.), au arătat că băile calde de apă minerală (ca de altfel şi cele de apă simplă, de lumină, etc.), produc o reacţie nespecifică, o alergie, având aceiaş valoare ca şi şocul nespecific, produs prin injecţia unei proteine oarecare. Acest şoc, se produce prin intermediul sist. nervos vegetativ: băile calde excită para-simpaticul, iar băile reci simpaticul. Aceleaşi cercetări mai arată că reacţia cea mai intensă, se obţine prin băile cu ape minerale clouro-sodice concentrate. Deci hipotensiunea obţinută în timpul băii, n'ar fi decât una din modificările produse în organism, prin această reacţie complexă de şoc.

In cea ce priveşte explicaţia scăderii tens. art. ce se menţine nu numai tot timpul curei, dar şi după cură, pe lângă această acţiune directă asupra tonusului vascular, trebue să admitem o acţiune generală asupra organismului, care ar influenţa favorbil şi tens. art. Nu putem să trecem cu vederea numărul mare de insuficienţe ovariene ce coexistă cu hipertensiunea şi părerea unor autori că băile calde ar influenţa în bine funcţia ovariană şi în mod indirect tens. arterială.

In rezumat: Băile cloruro-sodice-iodurate, calde, de la Vulcana, nu numai că nu agravează hipertens. art. (hipertonia esenţială, constituţională), dar de cele mai multe ori o influenţează în bine. Bolnavii deci, cari pe lângă reumatisme cronice (articulare, musculare), afecţiuni cronice ginecologice, sifilis, etc., afecţiuni indicate pentru aceste băi, au şi tens. art. mărită, pot urma cura balneară fără nici o teamă de agravare a acestei *hipertensiuni*, mai ales când aceasta nu este prea ridicată şi când este bine compensată.

Comă malarică cu anemie secundară remarcabilă, tratată cu preparate sintetice şi Campolon

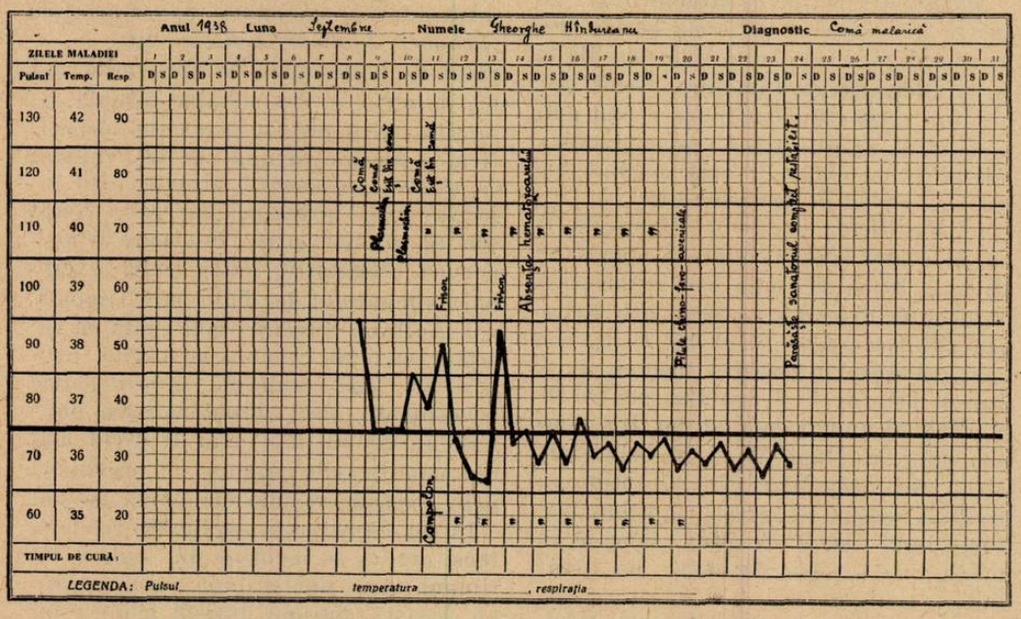
de Dr. VICTOR CLIMESCU, Medic Primar, Director al Sanatoriului C. T. C. Carmen-Sylva
Dr. N. BUJORICĂ Medic Secundar şi
Dr. P. SÂRBU Intern

Ţinem să publicăm acest caz pentrucă:

1. O comă malarică nu este tablou clinic frequent întâlnit şi ca atare, prezintă dificultăţi diagnostice, pretându-se la numeroase confuzii; — şi pentru:

2. Rezultatul desăvârşit obţinut prin administrarea preparatului sintetic — Plasmochin — în ceiace priveşte distrugerea agentului etiologic al comei ca şi vindecarea anemiei accentuate post-malarice, prin injecţiuni cu extract de ficat — *Campolon* — «Bayer».

Vom prezenta întâi clinic bolnavul vom înfăţişa apoi, terapeutica întrebuinţată până la complecta lui vindecare după care, vom schiţa un sumar diagnostic diferenţial al comelor.



Foaia de observaţie:

In seara zilei de 8 Septembrie 1938 la ora 19 este adus la camera de gardă a sanatoriului C. T. C., din Carmen Sylva, de către stăpânul său, un bolnav de 40 ani, în stare comatoasă.

Insoţitorul ne povesteşte că-i bolnav de aproape 15 zile, însă cu intermitenţă, putându-şi continua serviciul de cioban — că în ultima vreme consultând un medic dela Constanţa aceasta i-a prescris nişte comprimate, iar astăzi la ora 17 găsindu-l la stână în starea aceasta inertă şi fără cunoştinţă s'a grăbit a-l aduce la spital.

Internul de gardă, relatează, că examinându-l, era vorba de un bărbat de statură înaltă, în aparenţă voinic, aşezat în decubitus dorsal, cu membrele inferioare uşor flectate, inconştient, trecând prin momente de totală nemişcare şi linişte, după care urmau mici faze de excitaţie psichomotorie: geamăte şi contracţii tonice ale musculaturei membrelor. Avea faciesul palid, cu sudori reci pe frunte, cu orbitele excavate şi pleoapele întredeschise, cu pometii proeminenţi, cu numeroase fuliginozităţi pe buze. Limba era încărcată şi uscată, *fără muşcături*. Respiraţia sonoră, dar nu accelerată şi nici încetinită. Aerul expirat nu exala nici un miros particular: *alcool* sau *acetonă*. Nu vărsa. Pupilele erau dilatate, reacţionând însă la lumină. Nici o deviaţie a globilor oculari care-şi aveau tonicitatea normală ca şi absenţa *asimetriei faciale*.

Incontinenţă de fecale şi urină.

A mai constatat absenţa oricăror *echimoze*, *contuzii* sau *plăgi*, ca şi absenţa *spumei la gură*.

Examenul pulmonului nu arăta nimic anormal.

La cord: sgomotul II aortic întărit. Bătăile regulate, nimic orificial. Pulsul 98 bătăi pe minut, iar tensiunea arterială maxima 9, minima 3^5 (aparat Vaquez).

Abdomenul retractat, hiperestezic.

Ficatul depăşeşte rebordul costal cu 1 cm.

Splina mărită de volum, i se simte polul inferior la un lat de deget subrebord.

Din punct de vedere neurologic: reflexele osteo-tendinoase erau lenese, cele cutanate vii. Nu prezinta clonus al rotulei sau labei piciorului şi nici semnul lui Babinski pozitiv. Musculatura dela membrele inferioare era în uşoară contracţiune tonică. Semne meningeale: redoare a cefei şi Kernig pozitiv.

Febra $39^{0}3$.

In faţa acestui tablou clinic fără date anamnestice decât acelea că de aprope 2 săptămâni a fost bolnav cu intermitenţe de una până la două zile, diagnosticul la care s'a gândit internul de serviciu a fost de:

1. Comă malarică — dată fiind intermitenţa evoluţiei, şederea acestui bolnav într'o regiune paludică şi splenomegalia;

2. O intoxicaţie acută medicamentoasă — cu doctoriile prescrise de medicul din Constanţa.

3. O febră tifoidă cu manifestări nervoase;

4. O meningită bacilară.

Pentru clarificarea celor presupuse de el, a cerut concursul laboratorului în ceeace priveşte *cercetarea hematozoarului, numărătoarea de leucocite şi formula leucocitară*, analiza *lichidului cefalo-rachidian*.

Sângele recoltat prin înţeparea pulpei degetului pentru frotiu, palid apos, cu întârziere în coagulare şi mărirea timpului de sângerare, iar la punctia rachidiană a extras un lichid limpede; clar şi sub uşoară tensiune

In aceiaşi seară laboratorul anunţă că: pe frotiul de sânge colorat după metoda May-Grünwald-Giemsa. S'a găsit *hematozoarul lui Laveran* sub formă de frequenţi *skizonţi în inel*, — că leucocitoza era de 6.400 pe mm^3 iar formula leucocitară cu 74% polinucleare neutrofile, 9% mononucleare. 17% limfocite.

In L. C. R., reacţia *Pandy negativă*, *Nonne-Apelţ negativă*, *elemente* 2 pe mm^3.

Având verificat diagnosticul de comă malarică; internul prim ste bolnavul în sanatoriu şi-i instruieşte următoarea medicaţie:

1 gram Metilen-chinină I. R. T. A. intramuscular.

5 cc. Ol. camforat + 1 cc. caffeină.

plus pungă de ghiaţă la cap.

A doua zi, la vizită obişnuită a bolnavilor în pavilionul de «Izolare» găsim acest bolnav care, fusese toată noaptea agitat, încât necesitase la un moment dat, punerea lui în cămaşă de forţă.

Ceiace m'a frapat dela prima vedere era tenta icterică a tegumentelor şi conjuctivelor, ca şi starea lui de prostraţie şi adinamie. Respira superficial şi accelerat. Cu toate repetatele noastre întrebări nu am reuşit să căpătăm nici un răspuns.

Semne generale: febra scăzuse la 37^{0} pulsul 86 pe minut.

Semne funcţionale: geme din când în când, nu varsă; incontinenţă de urină şi fecale.

Semne fizice:

Pulmonar: respiraţia emfizematoasă cu raluri groase de bronşită.

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CĂRBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVIe

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

De 3 ori pe zi 1 comprimată

Gombardol

(amidă a acidului sulfanilic)

Indicat cu cele mai bune rezultate în

Cistite
Pielite
Erisipel

10 comprimate
20 comprimate

Eficace şi în cazul urinei alcaline!

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM—WALDHOF
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

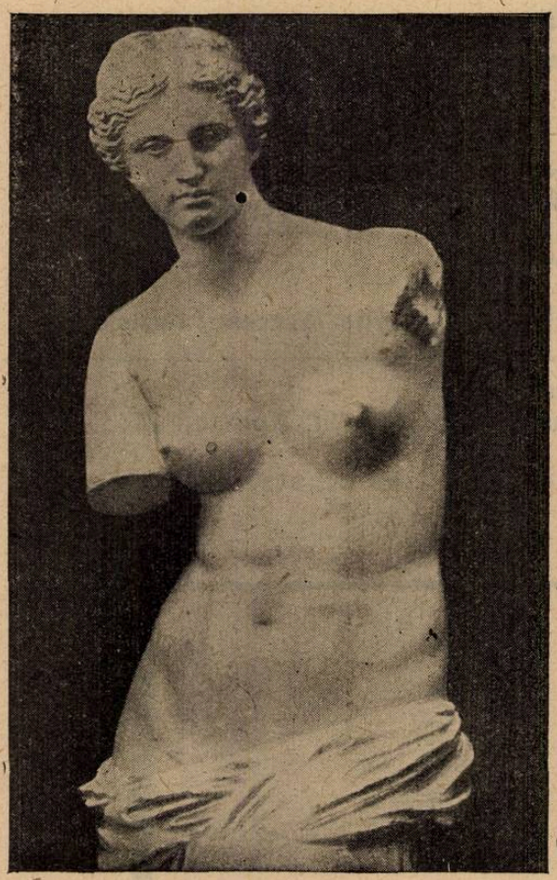
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern:** pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern:** pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRA"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

Cardiac: cord în limite normale. Nimic orificial.

Sgomotul II. aortic clacant. Bătăi slabe, dar regulate.

Tensiunea arterială Mx 9^5 cu mm. 4 (Vaquez).

Abdomen: contractat făcând anevoioasă explorarea lui.

Nimic tumoral. Garguimente cu stază caecală.

Ficatul: depăşeşte rebordul costal cu aproape 2 cm. şi dureros la palpare. Marginea lui superioară este pe o linie care trece prin baza apendicelui xifoid.

Splina: hipertrofie de gradul I după schema lui *Hackett Missiroli.*

Lojele renale neîmpăstate. Examenul sumar al urinei extrasă prin sondaj, ne arată: urme de *albumină, absenţa glycozei* şi *acetonei.* In sediment urat de sodiu, rari leucocite, rari epitelii, *absenţa cilindrilor.*

Reacţie slab pozitivă pentru *pigmenţi, săruri* şi *urobilină.*

Examen neurologic: uşoară redoare a cefei cu Kernig, abia schiţat. Reflexe tendinoase ceva mai vii, decât normal. Absenţa clonusului şi a semnului lui Babinski. Musculatura puţin contracturată la membrele inferioare.

Rămânem la diagnosticul de malarie, însă starea lui icterică cu un ficat mare şi dureros, în plus ureea sanguină de 0.84‰ (Kowarski), ne face să îndepărtăm pentru moment diagnosticul de comă malarică şi să luăm starea lui drept o intoxicaţie acută medicamentoasă — la un paludic căruia i-ar fi dat hemoliză sanguină, date fiind caracterele fizice ale sângelui: *apos* şi *palid.*

In conformitate cu cele presupuse îi facem o flebotomie şi o clismă evacuatoare cu foi de sena 15/500 gr. + 15 gr. sulfat de sodiu, pentru a-l dezintoxica. Abia făcusem o priză sanguină de 100 cmc. şi laboratorul ne trimite că pe frotiul de astăzi sunt frequenţi *gameţi* în *semilună, anisocytoză; poikilocytoză şi polycromatofilie* accentuată a hematiilor, a căror număr este de 1.280.000 mm.^{3} de sânge, iar V. G. de *45%* (metoda Tallqvist).

Aspectul intens parazitat al frontului cu gameţi de falciparum corpi «*en croissant*» — şi anemia mare hipocromă, ne face să repunem în primul plan diagnosticul nostru de comă malarică, să întrerupem flebotomia şi să instituim un tratament energic cu: *Plasmochin «Bayer».*

Iată cum a fost condusă terapeutica:

9. Sept. 1938 — deci a II zi de boală — ora 9.

1. 2 cc. sol. Plasmochin 1% 1 m.

2. Transfuzie 200 cmc. cu sânge stabilizat cu citrat de sodiu sol. 10%.

3. Ser glycozat 47% 300 cmc. + 20 gr. bicarbonat de sodiu intra-rectal-Murphy.

4. Ser fiziologic 7‰ 300 cmc. subcutanat.

5. Oxigen + $C.O.^2$ cu balonul.

6. oxigen subcutanat.

7. regim hidric zaharat.

Ora 18: a) Plasmochin 2 cmc. 1 m.

b) Ser glycozat hypert. 33% 50 cmc. 1. v.

c) Transfuzie de sânge 150 cmc.

d) Ser fiziologic 400 cmc. sub piele.

e) oxigen subcut.

f) oxigen + $C.O.^2$ cu balonul în mod discontinu.

In seara aceleiaşi zile bolnavul a eşit din comă şi a avut o noapte liniştită Temperatura 37°.

In a 3-a zi de boală temperatura 37°. Aceiaşi terapeutică.

Seara febră 38°, bolnavul intră din nou în comă, pentru o noapte numai, căci a 4-a zi dimineaţa şi-a revenit.

Continuăm cu plasmochinul, transfuziile, la care adăogăm Campolon 2 cmc. plus Ser glycozat i. v. şi Murphy ser fiziologic subcut. oxigen sub piele şi cu balonul toate de două ori pe zi.

Bolnavul îşi revine complect şi arată vădite semne de ameliorare.

In ziua de 11 şi 13 Septembrie, deci în a 4-a şi a 6-a zi, bolnavul a avut câte un frison de aproape o oră, transpiraţii şi febră care se pot vedea foarte clar pe curba de temperatură.

Ultimul frison a urmat la 20, după transfuzie încât e greu de ştiut dacă a fost un acces malaric, sau numai un choc dat de sângele transfuzat.

După a 6-a zi întrerupem transfuziile şi serurile: glycozat şi fiziologic, făcându-i mai departe numai plasmochin 1 cm. şi Campolon 2 cmc. de două ori pe zi. Temperatura se stabilizează sub 37° şi bolnavul are poftă de mâncare

Ca regim: în primele zile hidric zaharat, apoi lacto-făinos şi vegetarian, în special: *zeamă de roşii, suc de morcovi* şi *cartofi cruzi* trecuţi prin presă, *zeamă de struguri,* mixtură din care lua 3—400 gr. pe zi, trecându-l apoi odată cu scăderea febrei la regim complect, dându-i de două ori pe zi 150 gr. *ficat crud de viţel,* tocat şi făcut piftele cu puţin zarzavat.

Efectul terapeuticei noastre se poate vedea din buletinele de analize: în a V-a zi de boală numărul hematiilor este de *2.020.000* pe mm^3. *V. G. 45%, în* a VII zi, hematiile *3.160.000, V. G. 60%*; leucocite 8200 mm^3, *absenţa hematozoarului,* Ureea 0.49‰.

Bolnavul începe să-şi coloreze conjunctivele şi tegumentele, dispărând starea subicterică, să-şi recapete forţa musculară şi buna dispoziţie cu o perfectă funcţionare a întregei vieţi vegetative şi de relaţie.

In concluzie:

1. *Plasmochinul «Bayer»* s'a administrat pe cale parenterală în doze de: 0.04 gr. prodie în primele 3 zile, apoi 0.02 gr. 4 zile, continuând cu 0.01 gr. încă alte 4, cifrând un total de 0.24 gr. în 11 zile de tratament. Cazul nostru ilustrează în chipul cel mai strălucit, acţiunea distructivă şi sterilizantă a Plasmochinului asupra gameţilor formaţi «corpii în semilună» din febra terţă malignă, şi faptul că administrat în doze mari de 0.04 gr. pe zi, nu a dat nici un fenomen de intoxicaţie în tot cursul tratamentului.

2. *Campolonul «Bayer»* (extract hepatic injectabil după formula lui Gaenslen), transfuziile repetate — 200 cc. de două ori pe zi — transfuzând un total de 1000 gr. sânge — ca şi regimul bogat în vitamine, ne-a adus o promptă creştere a numărului hematiilor şi a conţinutului lor în hemoglobină întărindune încrederea pe care s'o avem în acest gen de terapeutică modernă a anemiilor grave.

Bolnavul părăseşte sanatoriul în ziua de 24 Sept. deci după *16* zile de spitalizare, complect restabilit, continuând acasă cu o cură *chino-fero-arsenicală,* după formula:

Chinină sulfurică 0.15 gr.

Arseniat de sodiu 0.001 gr.

Fer oxalic 0.01 gr.

Excip. q. s. pentru o pilulă din care ia 3 pe zi.

Niciodată în faţa unei stări comatoase nu va fi greu să punem un diagnostic etiologic al acesteia, cu singura condiţie de a ne gândi la toate împrejurările în care se produce coma. Pentru înlesnirea acestui discernământ mintal, dăm mai jos, schematic, o clasificaţie a comelor, fără însă a intra în descripţiuni clinice, pe care le putem găsi în toate tratatele de medicină.

Coma poate fi: *a)* organică.

b) funcţională.

A) Coma organică:

1. Etiologie infecţioasă: meningită tuberculoasă, erizipel, septicemie, encefalită, variolă, malarie, icterul grav, febră tifoidă.

2. Etiologie toxică:

α. erotoxine: 1. alimentare: ciuperci, carne alterată, botulism, alcool.

2. gaze: CO etc.

3. medicamente barbiturice: luminal, veronal, etc.; Opiacee: landanum; solanee: belladona, jusquiama saturnină

β. endotoxine:

a) coma eclamptică; *b)* diabet; *c)* uremie, prin metabolism viciat.

3. Etiologie mecanică:

a) compresiuni: 1. directe: tumori cerebrale, eschile de fracturi, contuzii, comoţii, compresii prin cheag sanguin, epilepsie.

2. Indirecte: hemoragia cerebrală (hipertensiune), remolisment cerebral.

b) decompresiuni.

a) Prin puncţii rachidiene;

b) la aeronauţi prin scăderea presiunei atmosferice.

B) Coma funcţională: coma histerică

REVISTA CARŢILOR

Conf. Dr. Dan Berceanu. Anatomia topografică şi operatoare a capului şi gâtului Vol. I. Text şi Atlas

De curând, d. dr. Dan Berceanu, chirurg, conf. univ. şi şef de lucrări la Facultatea de Medicină din Bucureşti a dat la iveală o remacabilă lucrare de anatomie topografică şi tehnică operatoare.

Lucrarea — un adevărat tratat — deopotrivă de folositor studenţilor, medicilor practicieni şi chirurgilor, este rodul unei munci meritorii şi încununarea unei activităţi didactice şi chirurgicale nedesmînţite.

Spirit activ, pătrunzător şi energic, chirurg consacrat şi biologist erudit — dublat de un anatomist în toată accepţiunea cuvântului — a înţeles să-şi canalizeze surplusul de energie şi dinamism cu care este dotat şi către preocupări intelectuale de ordin didactic.

In adevăr, înarmat cu practica şi experienţa necesară, pe care a dobândit-o în lunga sa carieră de învăţământ prin contactul strâns cu studentul, cu inclinaţiunile şi cu posibilităţile sale omeneşti de asimilare, — a reuşit să concretizeze o lucrare de proporţii impresionante şi în acelaş timp cu adevărat didactică.

Lucrarea intitulată: «Anatomia topografică şi operatoare a capului şi gâtului», este editată de librăria Jean Leon, în condiţiuni ireproşabile de tehnică şi prezentare. In ansamblu ea comportă două volume imprimate pe hârtie velină: un volum de text în 217 pagini şi un volum de planşe — Atlas — în 223 de pagini, cu un total de 274 figuri anatomice, privind diferitele regiuni ale capului şi gâtului.

Inovaţia interesantă a acestei lucrări, cu adevărat revelatoare pentru studiul atât de arid al anatomiei topografice, o constitue însuşi faptul separării textului de planşele explicative.

Este incontestabil o excelentă metodă pedagogică uzitată în acest domeniu, pe cât de comodă pe atât de fructuoasă, care potenţează atenţia în parcurgerea neîntreruptă a textului şi o destinde recreativ în consultarea planşelor ce-i sunt adecuate.

Prin urmare două principii călăuzitoare, primo — trezirea interesului pentru studiu prin sistematizarea metodică a materiei; secundo — asimilare uşoară şi randament maxim.

Redactată într'un stil plăcut şi atrăgător, în care claritatea expunerii ştiinţifice din primul volum, rivalizează cu admirabila selecţionare a figurilor şi schemelor anatomice din cel de al doilea volum, lucrarea d-lui conf. dr. Dan Berceanu, constituie un tot inseparabil, pretutindeni dominat de acea trăsutură liniară a preciziei şi conciziei. In acelaş timp, ea întruneşte numeroase şi variate exemple a supra importanţei şi legăturii ce există între anatomia topografică şi tehnica operatoare — exemple care se integrează direct obiectivului didactic, atât prin schematizarea sinoptică a regiunilor anatomo-topografice cât şi prin elementele imediate de aplicaţiune medico-chirurgicală, asupra acestor regiuni.

Evident, calităţile pe care le-am subliniat mai sus situează lucrarea d-lui conferenţiar dr. Dan Berceanu, pe un plan de o mare valoare ştiinţifică şi practică.

In afară de sistematizarea topografică, reţinem câteva puncte originale, care scot şi mai bine în evidenţa valoare didactică a acestei lucrări.

Le semnalăm după cum urmează:

1. Studiul asupra canalului mentonier;

2. Trecerea regiunii supra-hyoidiene de la gât — clasic — la faţă, ca făcând parte din diafragmul inferior al feţei împreună cu regiunile sub-maxilare şi planşeul bucal. Noţiunea de diafragm facial sub care sunt cuprinse toate aceste trei regiuni, este pe deplin justificată, atât din punct de vedere topografic, cât şi din punct de vedere chirurgical. In plus, ea învedereză pe de o parte, concepţia didactică superioară care a prezidat la crearea acestei opere, iar pe de alta, vederile deosebit de clare ale anatomistului aplicate la arta chirurgicală.

3. Sistematizarea şi descrierea diafragmului facial în trei straturi:

extern: regiunile sub-maxilară şi sub-mentonieră

median: diafgramul propriu zis muscular: milo-hyoidian,

intern: loja sub-linguală şi podeaua gurii.

4. Introducerea spaţiului pterigo-maxilar şi a sinusului maxilar în peretele feţei (regiunile profunde ale conţinătorului).

5. Unificarea celor două regiuni clasice: sterno-cleido-mastoidiană şi triunghiul supra-clavicular sub denumirea de sterno-cleido-trapeziană, fapt justificabil de altfel, dintr'un întreit punct de vedere: topografic, clinic şi chirurgical.

6. Divizarea conţinutului acestei regiuni în trei planuri: pre-scalenic sau venos, inter-scalenic sau arterial şi retro-scalenic sau simpatic.

7. Raţiunea descrierii domurilor pleurale la capitolul conţinutului piramidei triunghiulare supra-claviculare este deasemenea admirabil justificată, întrucât ea concordă cu cea mai bună metodă cunoscută până astăzi, a profesorului Iacobovici care dovedeşte că aceste domuri sunt atacabile în operaţiunile de colapso-terapie, prin peretele anterior al piramidei.

Terminând cu punctele pe care le aveam de semnalat, nu putem încheia această recenzie, fără a nu sublinia încă odată valoarea ştiinţifică, practică şi instructivă a lucrării d-lui conf. dr. Dan Berceanu.

DR. S. CRISTOFOVICI

Dr. Th. Moisescu şi Gh. Constantinescu, Pneumotoraxul terapeutic, 128 pagini şi 53 figuri.

Prima lucrare în limba română în care chestiunea pneumotoraxului artificial este studiată în ansamblu, în cartea d-lor D-ri *Th. Moisescu* şi *Gh. Constantinescu*, este adresată studenţilor şi medicilor tineri, cari vor să se familiarizeze cu această metodă de tratament, aproape singura care s'a dovedit într'adevăr eficace în tuberculoza pulmonară.

In istoric autorii arată cum experienţele de bază ale lui James Carson au condus la noţiunea de pneumotorax terapeutic.

Indicaţiile şi contraindicaţiile metodei sunt bazate pe o clasificaţie anatomică a tuberculozei.

Technica şi descrierea aparatelor însoţită de numeroase clişee este redată în mod simplu şi clar.

Simptomatologia şi formele sub cari se poate prezinta un pneumotorax artificial constituit, formează subiectul capitolelor următoare.

Autorii au considerat capitolul accidentelor şi complicaţiilor ce pot surveni atât în timpul insuflaţiilor cât şi în cursul tratamentului, ca foarte important şi i-au dat o desvoltare mai mare.

Cunoaşterea acestor accidente priveşte atât pe medic cât şi pe bolnav.

Publicitatea lor este necesară pentru a stabili în anumite împrejurări situaţia medicului în faţa justiţiei.

Pneumotoraxul contro-lateral, bilateral şi cel extra-pleural medical sunt descrise pe scurt în capitolele ce urmează.

In ultima parte a lucrării autorii aruncă o privire asupra rezultatelor în general ale pneumotoraxului terapeutic.

O bibliografie abundentă închee această importantă lucrare a d-lor Dr. Th. Moisescu şi G. Constantinescu.

O recomandăm în special celor tineri pentru cari experienţa d-lui dr. Th. Moisescu care a condus timp de cinci ani în calitate de medic primar director Spitalul Eforiei din Sinaia le poate fi utilă, unde împreună cu secundarul său Dr. D. Constantinescu au avut ocaziunea să observe şi să trateze cu pneumotorax, un număr mare de bolnavi. In această calitate cei tineri vor găsi noţiunile clasice despre pneumotorax împletite cu observaţiunile personale ale doi medici de spital.

POMADA

ANALGEZIC-CICATRIZANT

PLĂGI • ARSURI IRITAȚIUNI CUTANATE • ULCERE

Pastă de Ol. Jecoris cu ZnO. și Talc

TUB MIC, MARE ȘI CUTII 1/4 Kg.

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ OXID DE ZINC ȘI TALC

ARSURI INTINSE PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANȚĂ PLĂGI ATONE OSTEOMIELITE

Se întinde ca pansament în strat gros sau se toarnă direct în cavitate

TUB 40 g., 100 g. ȘI CUTII 1/2 Kgr.

PUDRA

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ PE BAZĂ DE OL. JECORIS ABSOARBE SECREȚIUNILE

IRITAȚIUNI SUPERFICIALE TRANSPIRAȚIE TOALETA SUGARILOR

CUTII METAL MICI ȘI MARI ȘI PLIC. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabaină sensibilizează miocardul la digitalină permițând acesteia din urmă să exercite o acțiune mai rapidă, mai intensă și mai durabilă.

Nici o obișnuință chiar în timpul curelor prelungite și continue.

15 picături = $^{1}/_{10}$ mg. digitalină crist. + $^{2}/_{10}$ mg. ouabaină crist. Doza mijlocie: 20—30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Cartea Medicală Românească

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Cu prilejul expoziţiei Cărţei, de anul acesta, în pavilionul Culturei româneşti s'a făcut, — pentru prima oară — un loc de cinste Cărţei Medicale.

Această inovaţie este foarte bine venită şi ea constitue un imbold de activitate nouă în domeniul literaturei noastre medicale.

Expoziţia Cărţei medicale, deşi organizată în grabă, deoarece hotărârea a fost luată în ultimul moment, pune în lumină unul din aspectele desvoltărei culturei ştiinţifice în ţara noastră.

Această expoziţie, nu constitue un bilanţ pentru că ea nu conţine decât o parte din cărţile medicale româneşti. Ea este însă un bun început pentru ceeace se poate organiza în viitor şi un îndemn de activitate intensă şi sistematică pentru literatura noastră medicală.

O impresie excelentă a făcut faptul că pe panoul situat deasupra rafturilor de cărţi, s'au expus portretele celor mai mari medici şi savanţi pe cari i-a avut ţara noastră: Daviła, Felix, Babeş, Cantacuzino şi Marinescu. Dacă se adăoga portretul lui Toma Ionescu, după cum a observat d. ministru al Sănătăţei, în ziua inaugurărei expoziţiei, — galeria protagoniştilor medicinei româneşti ar fi fost mai complectă.

Lucrările acestor autori iluştri, manuscrise ale lor, amintiri, au fost expuse în semn de pioasă recunoştinţă şi cercetate cu mult interes de publicul intelectual, care a vizitat expoziţia în număr foarte mare.

Expoziţia Cărţei Medicale, ridică o problemă dintre cele mai interesante, pentru cultura noastră naţională.

Incidental ne-am ocupat de această chestiune, cu altă ocazie. Ea însă revine în actualitate, reclamând soluţiuni şi iniţiative.

De aceea credem util a examina situaţiunea actuală a Cărţei Medicale şi perspectivele ce i se deschid.

Medicina ştiinţifică şi cea practică au ajuns în ţara noastră la un înalt grad de desvoltare. Notăm însă două din dezideratele cari nu au putut fi încă realizate în mod complect:

Din punct de vedere sanitar, binefacerile medicinei nu au ajuns încă până în straturile adânci ale populaţiei. Eforturi însemnate se fac în această direcţie şi sperăm că ele vor fi încununate de succesul dorit de toată lumea.

Din punct de vedere cultural, nu s'a produs încă o mare desvoltaree a unei literaturi medicale proprii, de care se simte din ce în ce mai mult nevoe.

O ţară cu 20 milioane de locuitori, cu trei facultăţi de medicină, cu numeroşi cercetători în domeniul ştiinţei, —nu-şi îndeplineşte, în mod complect, obligaţiile sale de ordin cultural, dacă nu are o literatură ştiinţifică armonios desvoltată, în care medicina trebue să ocupe un loc însemnat.

Dar în afară de aspectul ideeologic al problemei, ea are şi o parte practică, de cea mai mare însemnătate: Medicina este o ştiinţă, în continuă evoluţie pe care medicul trebue să o urmăreească perseverent. Ori, această obligaţie de ordin profesional, nu se poate realiza, decât cu ajutorul cărţei medicale, a cărei desvoltare trebue urmărită, de aci înainte, în mod sistematic.

In profesiunea noastră, mai mult decât în orcare alta, lectura nu este numai o delectare spirituală, dar o necesitate absolută de ordin profesional.

De aceia credem că cei 8—9000 de medici şi cei 2000 de studenţi în medicină, pot da un număr mare de cititori, capabil să satisfacă şi să stimuleze pe autori.

Din nefericire însă, a lipsit până acum, o puternică iniţiativă, care să coordoneze munca autorilor pe planul unor realizări urmărite sistematic, stabilind, totodată, legătura cu cititorul, a cărui curiozitate trebue provocată şi al cărui interes de a se instrui continuu, trebue satisfăcut, în condiţii cât mai bune.

In măsura în care iniţiativa particulară nu ar putea reuşi, autorităţile publice vor trebui să dea concursul lor efectiv, pentru ca promovarea cărţei medicale româneşti să se poată realiza.

Înţeleg, prin aceasta, nu numai un sprijin material, dar şi unul moral, din partea marilor instituţii universitare şi sanitare ale ţărei, în fruntea cărora stau Facultăţile de medicină.

Probabilităţile virtuale de desvoltare a unei puternice literaturi medicale româneşti sunt foarte mari.

Experinţa, făcută până în prezent, a dat cele mai frumoase rezultate.

In adevăr, cele câteva tratate de medicină cari au apărut în ultimul deceniu ar putea sta, cu cinste, în orice bibliotecă universitară, dacă ar fi scrise într'o limbă internaţională.

Autorii români au ştiut să facă, în operele lor, o fericită îmbinare între spiritul medical francez, de mare sinteză şi cel german de analiză minuţioasă, adăogând ideile lor originale şi experienţa lor personală.

De aceia, cartea ştiinţifică medicală, în imensa majoritate a cazurilor, este forte bine concepută şi frumos realizată.

*

In afară de cartea medicală ştiinţifică, o atenţie deosebită merită cartea de popularizare, menită să pună la îndemâna marelui public, o serie de cunoştinţe folositoare pentru păstrarea sănătăţii individuale şi colective.

Acest gen de carte s'a realizat, la noi, incidental şi sporadic, prin lucrări cari uneori, au fost de o deosebită valoare. Este însă timpul ca această formidabilă armă în lupta pentru sănătatea publică să fie utilizată pe o scară cu mult mai întinsă.

*

In concluzie, putem afirma că este o necesitate culturală şi sanitară, să se desvolte cât mai mult, literatura medicală românească pe planul ştiinţific şi pe acela al popularizării cunoştinţelor medicale.

Această desvoltare este posibilă graţie autorilor de mare valoare pe cari îi avem şi medicilor cari, în marea lor majoritate, sunt pasionaţi de profesiunea lor şi dornici de a se instrui.

BIBLIOGRAFII

L'Année medicale pratique XVIII' année édition 1939, publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, médecin de l'Hôpital Tenon, préface du Professeur E. Sergent, un vol. 640 pagini, 3 figuri. *Editura Lépine*, Preţul: 36 Frs.

Progresele ce se realizează actualmente în diversele ramuri ale medicinei sunt atât de multiple şi de variate, încât nu este posibil, ca pentru un medic care are timp liber şi căruia îi place lectura instructivă, să se ţină la curent cu toate datele noi. Intr'adevăr ele sunt răspândite într'un foarte mare număr de publicaţiuni şi sunt expuse cu atâtea detalii încât ar trebui un timp considerabil pentru a fi citite.

Redactorii publicaţiei *L'Année Medicale Pratique* fac acest lucru limitându-se fiecare la specialitatea sa, fiecare dintre ei scrie articole pentru confraţii lor ce se consacră medicinei generale sau unei altei specialităţi. Articolele sunt scurte, în mediu de 2 pagini, clasate în ordine alfabetică, deci uşor de găsit şi de citit.

Este, prin urmare, indispensabil ca această publicaţiune să fie în mâna tuturor medicilor, cari au nevoe să se ţină la curent cu datele medicale noi şi practice.

Profesorul Zaharescu-Karaman

Dispariţia profesorului *Zaharescu-Karaman* îmi dă tristul prilej de a face o caracterizare a personalităţei şi activităţei sale.

Acest omagiu postum, doresc să scoată în relief trăsăturile maestrului nostru, aşa cum le-am văzut noi, elevii săi.

Profesorul *Zaharescu* a fost în obstetrica românească un realizator şi inovator, atât pe planul ştiinţei, cât şi pe cel al practicei şi al învăţământului.

Obstetrician de talent şi renume, practicând această ştiinţă cu o remarcabilă pasiune, şi-a creat repede un deosebit prestigiu, vâlva succeselor sale făcându-l repede cunoscut.

Cu o preparaţie lungă şi trudnic obţinută, înfruntând rigorile a nenumărate concursuri publice, ce i-au adus numeroasele sale titluri, s'a ridicat dela extern de spital până la treapta de profesor universitar.

Ca elev al său, am avut deseori ocazia să cunosc desăvârşita artă şi ştiinţă ce poseda.

Profesor asiduu şi pasionat l-am preţuit pe maestrul sobru şi sever cu elevii săi. Mereu stimulându-ne şi ajutându-ne, punându-ne zilnic la încercări, ne împingea spre activitate şi perfecţiune.

M'am numărat printre elevii şi colaboratorii săi timp de 6 ani la Institutul Maternitatea Regina Elisabeta.

Ştiind cât valorează, — astăzi ca şi întotdeauna, — urma vie pe care o lăsa un profesor, urmă ce o constituesc elevii maestrului, profesorului *Zaharescu* şi-a cheltuit o bună parte din energie în formarea noastră, căutând să ne modeleze personalitatea, să ne complecteze educaţia medicală, şi să ne perfecţioneze.

Pentru toate acestea îi vom păstra întotdeauna cea mai adâncă recunoştinţă.

*

Cu o sănătate plăpândă, urmarea unei boli grave suferite în războiul de întregire, profesorul *Zaharescu* a lucrat până în ultima zi a vieţii sale.

Cunoscând cuvintele filozofului *Schelley:* «La joie de l'âme est dans l'action» a fost neobosit muncitor, mereu nesatisfăcut însă de ce realiza, veşnic după mai perfect, într'un continuu zbucium.

Energie creatoare a continuat să activeze până în ultima zi, deşi avea destule motive să aibă o odihnă bine meritată.

Cu un efort de voinţă, a murit la datorie. S'ar fi simţit micşorat în ochii noştri, ai elevilor, ca el, care a fost toată viaţa un luptător, să se plângă de boală sau să ia un repaos.

* * *

Profesorul *Zaharescu* începe specializarea în obstetrică cu stagiul de secundar prin concurs la Maternitatea Eforiei Spitalelor civile, în clinica obstetricală, condusă atunci de prof. Drăghescu.

Cu venirea d-lui profesor *Gheorghiu* la clinica obstericală, orientarea învăţământului evoluează în direcţia chirurgiei obstetricale, gynecologiei şi obstetricei sociale. Profesorul Zaharescu urmează directivele şi obiectivele acestei splendide şcoli, ocupând, rând pe rând, locul de secundar, asistent, şef de lucrări, conferenţiar, chirurg primar.

Produs al şcoalei d-lui profesor

Gheorghiu, al cărui ales elev şi colaborator s'a numărat timp de 18 ani, ocupă catedra de clinică obstetricală la Facultatea de Medicină din Iaşi, în 1924. Aci a desfăşurat o activitate ce a lăsat urme adânci. A organizat Maternitatea Spiridoniei, spre a răspunde deziderateloг cerute de clinică, pe care a înzestrat-o cu material, cu bibliotecă şi laboratorii.

Făcând operă de premergător în ridicarea satului, încă din anul 1923 a înfiinţat la Lagăr (Argeş) un dispensar pentru combaterea maladiilor sociale şi a mortalităţii copiilor şi sugarilor. A clădit o şcoală rurală înzestrând-o cu bibliotecă, a înfiinţat o cooperativă şi în urmă a ridicat o biserică.

In 1935 profesorul *Zaharescu* a luat conducerea clinicei a II-a obstetricală din Bucureşti, aducând la catedra ce i se încredinţase, prestigiul şi autoritatea unei activităţi şi a unei vaste experienţe.

Valoroasele sale lucrări, din variate domenii ale obstetricii — clinică, medicină socială, biologie, cercetări experimentale, — au adus o bogată contribuţie. In cele aproape 150 de lucrări a expus fapte originale şi enunţări de noi interpretări. Până în ultimele zile a păstrat acelaş viu interes pentru cercetările ce se făceau în clinică şi pe care le dirija şi anima.

Diagnosticul timpuriu al sarcinei prin metode biologice l'a preocupat în deosebi. Numeroase sunt cercetările experimentale asupra hormonilor sexuali în sarcină şi noua metodă de diagnostic hormonal, bazată pe indicele de creştere al viziculelor seminale la şobolani.

Lucrările asupra patologiei graviditaţii, patologiei fătului şi patologiei post-partumului constituesc mare număr.

Publicaţiile asupra biologiei puerperului sunt iarăşi remarcabile.

Din problemele obstetrico-sociale ce a atacat, menţionăm: protecţia femeei în puerperalitate, asistenţa materno-infantilă, maternitatea conştieită, etc.

Spirit realist, cu puteri mari de muncă, a dovedit ce poate face punând în funcţiune Maternitatea Regina Elisabeta, instituţie model, destinată asistenţei şi ocrotirei soţiilor şi pruncilor personalului ceferist. Sub înaltul patronaj al Alteţei Sale Regale Principesa Elisabeta şi cu o largă înţelegere a conducătorului Casei Muncii, d. Henry Vogtberg, a realizat o organizare model, o operă de asistenţă demnă de admiraţie.

Această frumoasă Maternitate a intrat, odată cu desemnarea sa ca profesor, în rândul clinicilor Facultăţii de Medicină din Bucureşti, mărind astfel posibilităţile de instrucţie ale studenţilor şi tinerilor medici în specialitatea obstetricei.

Cu ajutorul unui grup de tineri şi entuziaşti elevi, noua clinică deveni, sub conducerea sa, un centru obstetrical remarcabil prin activitatea ştiinţifică şi didactică ce a desfăşurat.

Numeroase şi importante sunt lucrările făcute în acest timp şi publicate în diversele reviste române şi streine.

In momentul de faţă imperativul naţional al politicei de stat, dictează crearea de buni practicieni, cari răspândiţi în toată ţara să lupte pentru ridicarea satelor şi oraşelor noastre. Iată sarcina pe care n'a putut-o realiza şi care revine aceluia chemat să continue opera de învăţământ obstetrical.

Profesorul *Zaharescu* prin însuşirile sale a ocupat unul din primele locuri în obstetrica românească. Energie creatoare şi tenace a lăsat urme adânci în ştiinţa şi practica obstetricei, a aliat multe suferinţe şi a format elevii ce s'au aflat în jurul său.

Dr. Al. BĂDESCU

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
(Suisse)

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală
Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID
Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE
Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei
Complicaţiuni

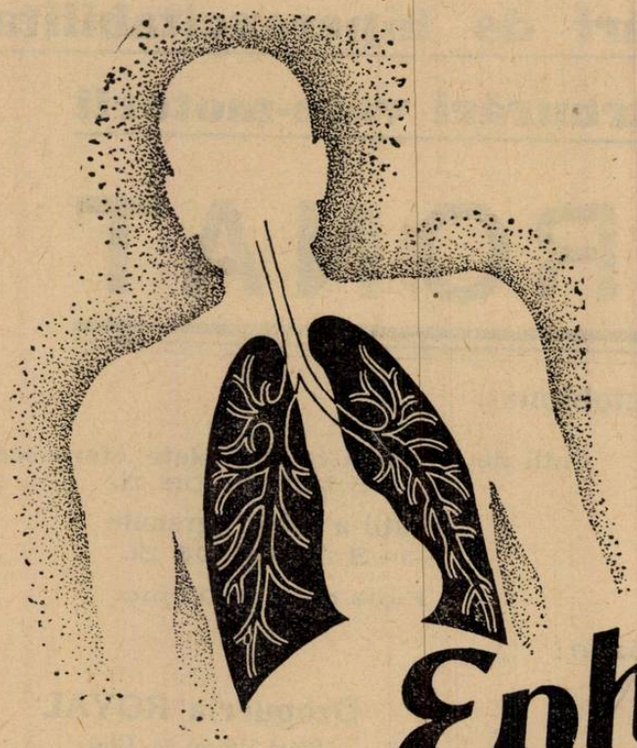
STREPTOCOCIE
Erisipel — Infecţiune puerperală post-partum şi post-abortum
Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulţi :	6 — 10 comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani :	3 — 5 „ „ „
„ „ 2 — 5 „ :	1 3 „ „ „
Sugaci :	½ — 1 comprimate „ „

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III
Telefon: 2.11.78.



ASTM BRONȘIC

și alte maladii alergice (urticarie, exantem seric etc.)

Bronșită, hipotensiune

Tablete, perle, fiole, substanță.

Ephetonină-substanță pentru prescripțiuni în rețeptură se găsește și la casa centrală a asigurărilor sociale

Ephetonin merck

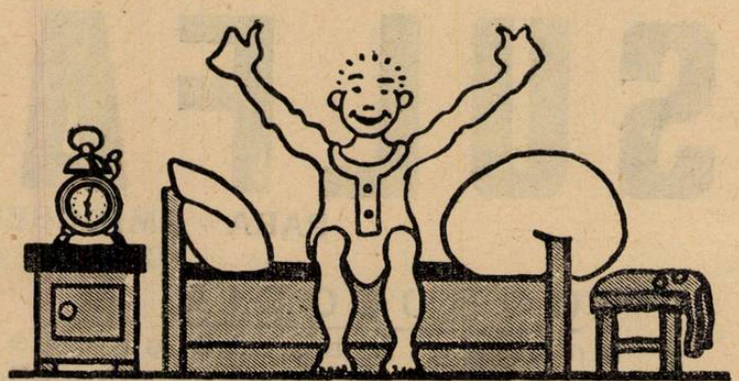
E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentant: **Dr. I. BINDER, București I, Str. Th. Masaryk 32.**

NOCTAL

DECI:

DEȘTEPTARE VIOAIE FĂRĂ TOROPEALĂ!



Hipnotic și sedativ foarte activ și totuși **lipsit de pericol.** Garantează acțiune rapidă și **degredarea complectă în scurt timp. Tentativele de sinucidere sunt fără urmări letale**

1914 125 ANI 1939

Dr. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

R U D O L F F O R E K,

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu No. 6

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Adunarea generală a Asociaţiei medicilor din România

Sâmbătă 10 Iunie s'a ţinut în Capitală, adunarea generală a Asociaţiei generale a medicilor din România.

A prezidat d. prof. dr. Coriolan Tătaru, rezidentul regal al ţinutului Someş, asistat de d-nii dr. prof. Topa şi dr. Ţovaru.

D. prof. dr. Tătaru a făcut o expunere a situaţiei medicilor şi în special a Asociaţiei generale a medicilor în urma instaurării noului regim politic.

Creiarea unei noui aşezări politice menită să curme abuzurile din ce în ce mai numeroase ale vechei politici, a creiat şi corpului medical o nouă situaţie, demnă şi potrivită prestigiului de care trebue să se bucure medicii.

Este impresionant, a spus d-sa, numărul mare al medicilor înscrişi în F. R. N.

Asociaţia noastră, prin scopurile înalte ce urmăreşte şi prin valoarea elementelor cari o compun va aduce contribuţia sa în studiul şi rezolvarea problemelor sanitare şi medicale ale Ţărei.

Ţin ca dela acest loc să exprim mulţumirile mele d-lui ministru general Marinescu, care a arătat multă bunăvoinţă şi înţelegere pentru asociaţia noastră. D. ministru al sănătăţii a înţeles să amelioreze situaţia materială a medicilor din mediul rural.

D. prof. dr. Tătaru propune şi adunarea în aplauze prelungite aprobă, să se trimită M. S. Regelui următoarea telegramă:

«Membrii Asociaţiei generale a medicilor din România întrunindu-se în adunare generală îşi îndreaptă cu profund respect şi devotament, primul lor gând către Majestatea Voastră, simbol al muncii neostenite pentru întărirea sănătăţii neamului şi a ţării».

Adunarea a încuviinţat, prin aplauze, să se mai trimită telegrame omagiale d-lui Prim ministru şi d-lui ministru al Sănătăţii.

D. docent dr. Ţovaru, secretarul general al Asociaţiei, a spus că anul ce s'a scurs este cel mai rodnic pentru ideologia ce a însufleţit conducătorii de totdeauna ai Asociaţiei noastre.

Asociaţia îşi revendică dreptul de a fi fost printre primele organizaţiuni profesionale cari au luptat neîncetat pentru sustragerea medicilor şi a medicinei de sub influenţa nefastă a vechilor partide politice, organizarea politică a cetăţenilor muncitori pe bază de profesiuni şi reprezentanţa corporativă în adunările legiuitoare. Toate aceste vechi deziderate ideologice ale Asociaţiei le vedem astăzi înfăptuite.

In 72 de ani de existenţă, fiind cea mai veche organizaţie profesională ce se confundă cu viaţa statului român modern, conducătorii au luat parte la toate înfăptuirile sanitare din această ţară.

Sugestiile Asociaţiei, ideile ei, propunerile ei, au fost totdeauna ascultate cu bunăvoinţă şi legiferate în limitele posibilităţilor.

S'a simţit însă nevoia unei organizaţiuni paralele cu un caracter restrictiv şi represiv. Această nouă organizaţie, elaborată în mare parte în sânul Asociaţiei, este Colegiul Medicilor înfiinţat prin legea din 1930, ca o necesitate de apărare legală a profesiunei medicale.

Niciodată Asociaţia n'a urmărit să cucerească şi să-şi asigure numărul ca o condiţie a ei de viaţă. Nici o preocupare de popularităţi inutile. Singura normă a fost atitudinea de a servi, cu sinceritate şi lealitate, comunitatea medicală şi naţională. Asociaţia şi Colegiul constituesc un singur organ cu două funcţiuni net diferenţiate în vederea protecţiei cât mai eficace a profesiunei. Ele vor rămâne indisolubil legate în atingerea scopului.

In noul stat corporativ, reprezentanţii direcţi ai medicilor în corpurile legiuitoare, vor avea misiunea lor mult uşurată deoarece orice acţiune a lor se va sprijini pe viitor pe două puternice piedestale: Asociaţia Generală şi Colegiul Medicilor.

Pe patrimoniul moral şi material al acestor două organizaţiuni se bazează isbânzile viitoare ale selectului corp medical.

D. doctor Procopiu-Giurgiu, analizând raportul d-lui dr. Ţovaru, face o serie de propuneri pentru îmbunătăţirea situaţiei corpului medical. Bunăoară, spune d-sa, să luăm exemplul corpului avocaţilor şi să organizăm şi noi o casă de pensiuni pentru medici.

D-sa pune şi chestia reprezentării în viaţa politică a corpului medical.

D. profesor Coriolan Tătaru crede că reprezentarea corpului medical în Parlament, ar reveni Asociaţiei generale a medicilor, Colegiul fiind o organizaţie subordonată Ministerului Sănătăţei.

D. doctor Ion Constantinescu a făcut darea de seamă financiară iar d. dr. Buia a cetit raportul cenzorilor. Adunarea a dat descărcare comitetului de gestiune pe anul trecut şi a aprobat bugetul pe anul în curs.

D. doctor Predescu-Rion propune o listă de medici din care să se aleagă viitorul comitet.

D. dr. Topa aduce laude şi mulţumiri d. prof. Coriolan Tătaru care a primit să prezideze adunarea.

In urmă, d. prof. dr. Topa, prepune şi adunarea prin aclamaţii alege următorul comitet:

Prof. dr. Iacobovici, I., prof. dr. Banu Gheorghe, prof. dr. Tătaru Coriolan, prof. dr. Tomescu Petre, dr. Topa Petre, dr. Marinescu Gheorghe, dr. Popp Leonida, dr. Marius Georgescu dr. Simionescu Ion, dr. Ţovaru S., dr. Jovin Ion, dr. Ţetu Ion, dr. Romanescu Niculae, dr. Buia Ion, dr. Dănulescu Constantin, dr. Andronescu Eugen, dr. Firică Teodor, dr. Dimolescu Alfred, dr. Vintilă Gheorghe, dr. Stoichiţa Ion, dr. Lascu Gheorghe, dr. Trifu Vasile, dr. Constantinescu Ion, dr. Haţieganu Vlad, dr. Dumitraş Aurel, dr. Duţescu Niculae, dr. Poenaru Dumitru, dr. Stroescu Petre, dr. Suhăţeanu Victoria, dr. C. Stanca, dr. Gancevici I., dr. Sergiu Dacenu (Craiova), dr. Suciu (Timiş), dr. Bâlcu Ştefan, dr. C. Dăniţă, dr. Cureleanu, dr. Constantinescu Corneliu, dr. Gilorteanu Ion, dr. Brancovici Mihai.

In urma alegerii membrilor în comitet, biroul a fost format astfel: Preşedinte d. prof. dr. Coriolan Tătaru şi vicepreşedinţi dr. Petre Topa, C. Stanca Gilorteanu, Romanescu şi A. Dumitraş; secretari generali d-nii Ţovaru şi Dănulescu, casieri d-rii Vintilă şi Bâlcu, secretari: Dimolescu, Buia, Brancovici şi I. Constantinescu, bibliotecar dr. Simionescu.

Numire excepţională la Facultatea de medicină din Iaşi

Ministerul Educaţiunei Naţionale a fost autorizat, printr'o lege excepţională, prin derogare dela dispoziţiunile legii pentru modificarea şi complectarea legilor privitoare la învăţământul superior, să ocupe catedra de bacteriologie dela Facultatea de Medicină din Iaşi, cu d. dr. Stefan Nicolau, şef de laborator la Institutul Pasteur din Paris.

Această numire s'a făcut în urma propunerei acelei facultăţi, în care se arată că d-sa e cel mai bun specialist român în materie şi că prin numirea sa învăţământul va câştiga un element de mare valoare.

Inregistrăm cu o deosebită satisfacţie această consacrare oficială a strălucitelor calităţi ale colegului Nicolau, ale cărui valoroase lucrări şi descoperiri, mai ales în domeniul ultravirusurilor, l'au consacrat de mult drept un savant cu reputaţiune universală.

Zilele cancerologice din Bruxelles

Zilele cancerologice, vor avea loc între 24 şi 28 Iunie 1939, la Liege (Belgia) sub auspiciile *Uniunii Internaţionale contra cancerului.*

Doritorii a participa, se vor adresa d-lui S. Sluys, secretar general, 1 bis Avenue de la Couronne, Bruxelles (Belgia).

Mortalitatea în tuberculoză în Germania

Regresiunea mortalităţei în tuberculoză în ultimii 50 de ani, rezultă din statisticile următoare, publicate de autorităţile germane.

Morţi prin tuberculoză la 10.000 locuitori:

Bărbaţi	
1881 — 1885	34,2
1910 — 1911	15,7
1924 — 1926	11,2
1932 — 1934	7,4
1936	7,8
Femei	
1881 — 1885	28,4
1910 — 1911	14,6
1924 — 1926	10,9
1932 — 1934	6,8
1936	6,4

Regresiunea mortalităţei totale la persoanele între 15 — 20 ani în proporţie de aproape 50%, este datorită diminuărei mortalităţei prin tuberculoză.

Diferenţa dintre mortalitatea de la oraşe cu cea dela ţară este minimă. Proporţia cea mai ridicată, pare mai ridicată în comunele mici dela ţară decât în oraşele mari.

A XI-a Conferinţă a Uniunei internaţionale contra tuberculozei

Dela 17 la 20 Septembrie 1939, va avea loc la Berlin a XI-a conferinţă a Uniunei Internaţionale contra Tuberculozei.

Lucrările acestei conferinţe se vor desvolta pe trei teme.

Tema biologică cu subiectul Problema virulenţei bacilului Koch. Raportori general: Dr. Boquet (Franţa) şi Dr. A. Saenz (Uruguay).

Tema clinică: Interesul examenelor sistematice pentru depistarea tuberculozei la pacienţi de mai mult de 15 ani. Raportor principal: Dr. H. Brauening (Germania).

Tema socială: Readaptarea tuberculoşilor la muncă. (Sir Pendrill Varrier Jones, Anglia, şi Dr. E. Bachmann, Elveţia).

Inainte de conferinţă, participanţii vor avea ocaziunea să asiste la festivalul Richard Wagner la Beyruth şi la reprezentaţiile solemne ale operelor lui Mozart la Salzburg.

După conferinţă este organizată o excursiune prin Dresda, Munich, Nuremberg şi Viena.

Pentru programul definitiv, înscrieri şi orice informaţiuni, doritorii se vor adresa la: Konferenzleitung der XI Konferenz der Internazionalen Vereinigung zur Bekampfung der Tuberkuloze, Berlin W 62, Einemstrasse 11.

Participanţii se vor bucura de o reducere de 60 la sută pe căile ferate germane.

Burse medicale în străinătate

In toamna acestui an Academia Română va acorda din venitul fondului testat de defuncta Maria Antachi, două burse a câte 100.000 lei fiecare, denumite «Bursele George Vlasto», pentru specializarea în străinătate în materia medicinei şi anume: o bursă pentru studii în *boalele de nutriţie şi în special pelagra;* cealaltă bursă pentru studii în problema *malariei, bionomia şi distribuirea geografică a varietăţilor de anofeles maculipennis.*

Bursele se vor acorda la doctori în medicină, prin concurs, care va consta din dovezi asupra activităţii în aceste domenii.

Zilele internaţionale de Medicină Socială la Liege

«Zilele internaţionale de medicină socială», organizate de Asociaţia Belgiană de Medicină socială, vor avea loc la Liège, între 23 şi 25 Iunie a. c., cu prilejul Expoziţiei internaţionale a Apei.

Pentru orice lămuriri, doritorii se vor adresa Institutului Medico-Legal «Prof. M. Minovici», cât mai neîntârziat.

Congrese medicale ţinute

In cursul lunilor Mai şi Iunie s'au ţinut congrese naţionale de Radiologie, Balneologie, Oto-rino-laringologie şi de Endocrinologie, asupra cărora vom publica în numerile viitoare articole speciale.

BIBLIOGRAFII

Les affections des Glandes Endocrines et leur traitement par Herman Zondek, docteur méd. (Berlin), Directeur de la division médicale de l'hôpital Bikur Kholim, Jérusalem. Ancien Professeur agrégé de médecine à l'Université de Berlin. Directeur de la division médicale du Krankenhaus am Urban à Berlin. Ancien médecin honoraire de l'hôpital juif Victoria Memorial à Manchester. Quatrième édition. Traduction par le **Dr. Marcel Filderman** Préface par M. le Professeur **Laignel—Lavastine.** Librairie Maloine. 1 volum format 16×25 cm, 600 pagini, 168 figuri. 220 franci

Intr'o primă parte teoretică, glandele endocrine sunt studiate din punct de vedere anatomic şi fiziologic. Pe lângă aceste noţiuni sunt expuse consideraţiuni generale asupra variaţiunei acţiunei hormonilor.

A doua parte, descriptivă este cea mai interesantă pentru practicieni. Lăsând laoparte clasificaţiunile teoretice şi abstracte cari grupează diferitele sindrome endrocriniene în hiper — hipo — şi disfuncţiune, autorul prezintă fiecare sindrom endocrinian aşa cum se prezintă în clinică.

Maladia lui Graves-Basedow, diferitele forme ale mixoedemului, tetania, diferitele forme ale obesităţei, cachexiile hipophiseoprive şi cerebrohipofizare, diencefalopatia care grupează într'un acelaşi sindrom manifestaţiile de atingere ale diencefalului, ale hipofizei şi ale ochiului, diabetul insipid, senilitatea precoce, acromegalia, gigantismul, osteomalacia, etc. sunt studiate sucesiv la lumina numeroaselor observaţiuni personale ilustrate cu 168 figuri fotografice, radiografice şi schematice care face ca fiecare capitol să fie tot atât de înţeles ca un examen la capul bolnavului.

Indicaţiunile terapeutice sunt date pentru fiecare sindrom, în mod precis cu un mare lux de detalii necesare clinicianului.

Doritor de a pune în mâinile clinicianului o lucrare destinată în primul rând să-l ajute în munca cotidiană, traducătorul a indicat în notă, după informaţiunile procurate de principalele laboratoare endrocrinologice şi sub responsabilitatea lor, specialităţile franceze corespunzătoare.

Clinique et Pathologie comparées, Vénéreologie, Cancérologie, Dermatoses, Médecine générale, Phytopathologie par Louis Bory, Chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis. Préface du profsseur *M. Fiessinger. Masson et C-ie, Éditeurs.* Uu volum de 240 pagini . . . . . 50 fr.

Pentru ca ştiinţa comparată să devină o ştiinţă clinică, trebuesc studiate maladiile spontane ale fiinţelor vieţuitoare, în mediul social în care trăesc. Medicul trebue să evadeze din domeniul în care sunt prea strâns limitate observaţiunile şi să devină la nevoe veterinar şi phytopatologist, cum este de dorit ca aceştia din urmă să frecventeze clinicile umane. Din cauza lipsei aceştia de legătură, poate că patologia comparată, nu a luat încă loc în bibliografia medicală.

Autorii au alcătuit un mic Tratat de clinică comparată, în care medicii, veterinarii şi însfârşit, studenţii vor găsi clar expuse, majoritatea noţiunilor cari le pot fi utile la examene, deşteptând gustul cercetărei în speranţa de a ajunge la descoperiri interesante într'un domeniu de o bogăţie nebănuită.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

INSUFICIENȚA HEPATO-BILIARĂ
și consecințele sale dispar prin :

FELAGOL

TABLETE

CHOLAGOG - ANTISEPTIC - DESINFECTANT

In anemii de orice natură

introduceți în organism fier sub formă de sare feroasă (ferro) cea mai ușor asimilabilă și eficace

Ferroconstans

Nu irită stomacul !
Nu strică dinții !

3 ori pe zi, 1—2 tablete.

Medicația salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulți și copii.

KALMOPYRIN

Tablete Pulbere

Noutăți importante din literatura străină

Prontosil în meningita epidemică.

R. Pongratz, Clinica infantilă, Augsburg, Dtsch. med. Wschr. 1937, nr. 26, pag. 1015.

Ținând seama că Prontosilul trece în lichidul cefalo-rachidian, Pongratz a încercat să sprijine la 3 copii cu meningită epidemică, injecția endolombară de ser cu doze mari de Prontosil:

I. Z. F. Copil de 1¾ ani. Se îmbolnăvește subit în ziua de 10.11.936, iar în ziua de 12.11 e internat cu tuberculoză miliară. Temperatura 40°, sensoriul puțin turburat, agilitatea redusă, sensibilitatea tactilă accentuată, reacția Kornig pozitivă, ceafa ușor rigidă, pupilele egale, reacționează bine.

Tratament: 16.11, ser antimeningococic intralombar și 20 cmc. ser antimeningococic intramuscular. Începând dela 17.11, în fiecae zi 5 cmc. Prontosil intramuscular. Febra scade la 37,20, rigiditatea cefei dispare, senzoriul e mai liber. In ziua de 20.11, seara starea generală din nou înrăutățită, rigiditatea cefii accentuată. Copilul geme foarte mult. Din nou ser antimeningococic intramuscular și intralombar (20 cmc.) în afară de aceasta Prontosil timp de 5 zile câte 5 cmc. Apoi începând dela 17.11. până la 7.12., câte 3 tablete pe zi, per os.

In ziua de 23.11, 37,3°, starea generală bună, ceafa liberă. In ziua de 5.12.1936 temperatura devine normală, starea pacientului se ameliorează și se fortifică. In ziua de 18.12 pacientul e vindecat și concediat din clinică.

2. Copil internat în ziua de 14.11.1936 (2 zile mai târziu), din aceeași cauză ca și primul. Punctie lombară: lichidul cefalo-rachidian ușor turburat tensiunea urcată. Celule 1236/3 la cmc. predomină leucocitele. Cultură: meningococi. Tratament: 20 cmc. ser antimeningococic intralombar și intralombar și intramuscular zilnic 5 cmc Prontosil intramuscular și de 3x1 tablete Prontosil per os.

In ziua de 18.11, 37°, senzoriul liber, rigiditatea cefei dispare, pofta de mâncare e bună. In ziua de 22.11. starea se mai ameliorează, rigiditatea cefei dispare cu desăvârșire, copilul se poate ridica. La 5.12. copilul umblă liber, fără nici un fel de simptome meningitice. In ziua de 18.12. este concediat din clinică fiind vindecat.

3. M. L., 2 ani. In ziua de 16.11. internat pentru meningită și febră ondulantă, senzoriul puțin turburat, ceafa foarte rigidă, reacția Kornig + 40°. Punctie lombară: tensiunea mărită mult lichidul cefalo-rachidian foarte turburat, celulele 2224/3, predomină leucocitele. Cultura: meningococi. Nu se administrează ser antimeningococic, ci numai Prontosil intramuscular, apoi 20 de zile câte 1 tabletă de 3 ori pe zi, per os. Deja în a 4-a zi, 37,4°. A doua punctie lombară (19.11.) arată un lichid mult mai clar. Rigiditatea cefii a cedat considerabil. Starea continuă să se amelioreze. Temperatura aproape întotdeauna normală.

In ziua de 12.11.1936, concediat din clinică, fiind vindecat.

* * *

Terapia diabetului infantil prin insulina „Bayer" pentru tratamentul „în depozit".

de F. Linneweh și M. Eitel, Clinica infantilă Charité Berlin

In tratamentul copiilor diabetici, insulina «*Bayer*» pentru administrarea în depozit s'a dovedit a fi superioară insulinei obișnuite.

Intrebuințând insulina pentru tratamentul în depozit evoluția glicemiei zilnice ceste mult mai regulată și nu manifestă oscilațiunile insulinei uzuale, cu efectele sale bruște. Acțiunea unei singure doze de insulină «în depozit» *Bayer* se extinde la bolnavul cu fenomene ușoare, până la continutul de glicoză în sânge în dimineața următoare. In timp ce până în prezent pentru evitarea hipoglicemiei, se riscau și ușoare glicozuri, aceste din urmă au putut fi suprimate prin tratamentul cu insulină «în depozit» *Bayer*, fără să fi provocat nici cele mai mici simptome hipoglicemice. Desigur nu s'a putut «nivela» la toți bolnavi curba de glicogen în sânge. Doze prea mari de insulină «in depozit» se manifestă printr'o scădere a capacității de concentrare și somnolență, lucru observat și de alți autori. Copiii obișnuiți cu insulină veche, la o alimentație puțin mai bogată în hidrați de carbon, necesară în timpul creșterii, au reacționat foarte lesne prin glicozurie, pe când acomodarea la insulina «în depozit», cu un nivel de glicoză redus, la o alimentare mai bogată nu determină o modificare. Bolnavii tratați cu insulin «în depozit» sunt deci mai toleranți față de hidrații de carbon. Cu ocazia lentei scoborâri a tabloului de glicoză în sânge, în urma insulinei pentru tratamentul «în depozit», nu se observă o contracarare inoportună în sensul unei revărsări de adrenalină și tiroxină. Există deci perspective ca insulina pentru tratamentul «în depozit» să poată da rezultate mai bune în tratamentul de protecție hepatică, precum: în afecțiuni ale ficatului, M. Basedow etc.

* * *

Despre administrarea externă a Prontosilului în practica generală.

SCHIRP, Wuppertal — Vohwinkel
Der Landarzt 1939 Nr. 1 pag. 5.

De ½ an *Schirp* a făcut experiențe în aplicarea externă a Prontosilului. Autorul întrebuințează o soluție de Prontosil-rubrum 1%. După pensulare cu un tampon de vată inflamația regresează în mod evident. La furunculi și flegmoane, procesul de ramolire urmează după câteva zile, așa încât puroiul poate fi îndepărtat fără incizie, cu o ventuză. Schimbarea pansamentului se face abia după 1—2 zile. Panarițiile se tratează la fel. La 2 bolnavi cu panarițiu peiosal. Prontosilul a înlăturat repede inflamația, deoarece Prontosilul a fost injectat în plagă. Cu toate că injecția e foarte dureroasă la început, se evită totuși complicațiunile pe care le prezintă formarea de sechestre și operația. Abcesele, după deschiderea lor pe cale operativă, s'au tamponat cu fâșii de tifon îmbibate în Prontosil. Vindecarea plăgii a fost rapidă. In furunculii urechii și ai nasului alifia de Prontosil a produs un regres rapid. Inflamația glandelor sudoripare dispare deasemenea cu ajutorul unei alifii de 5—10%.

Erisipelul regresează după o pensulare cu solutia de 1% Prontosil. Chiar în ziua următoare a tratamentului regiunile edematoase ale pielei încep să dispară. Această soluție de un procent se prepară din Prontosil-rubrum (1%) și alcool acetonă. Supurațiile plane, furunculii și carbunculii, pot fi astfel influențate. La ultimele se întrebuințează o soluție de 10%. Alifia de Prontosil de 5 — 0% dă asemenea bune rezultate, și în leziunile proaspete ale pielei. In angină și amigdalită, a fost suficientă pensularea cu Prontosil solubil și adaus de glicerină 2%, luându-se pe lângă aceasta și tablete de Prontosil. Cu alifie calmantă și vindecătoare în combustiuni, alifia de 5% a dat rezultate bune.

Deasemenea și în oreion. In contuziuni, ulcer al gambei și hemoragii dureroase, alifia de 5% produce o calmare. In eczeme e suficientă chiar și alifia de 1%.

Domnii medici pot obține specimene și literatură asupra acestor preparate adresându-se la: «*Romigefa*» *S. A. R. Bucureștt I., Str. Brezoianu 53. Tel 3.92.86.*

EUPEPTIC pentru adulți și copii

(Clorura de Ca, Mg, și Na + Principiile Amare ale Gentianei)

STARI HIPOSTENICE

DIGESTIE INCEATĂ — ATONIE GASTRICĂ
ANOREXIE — AEROGASTRIE

Posologie :

Adulți : 30 Picături la fiecare masă
Copii : 4 picături de fiecare an și in 24 de ore.

—

PICĂTURI PEPTODIASE DIGESTIVE

ESANTIOANE SI LITERATURĂ :

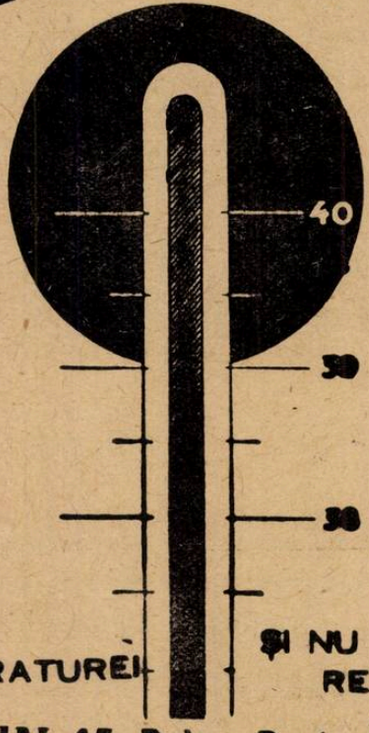
Drogueria "STANDARD", Strada Sft. Ionică 8, BUCUREȘTI

LABORATOARELE Dr. ZIZINE, 24, Rue de Fécamp - PARIS (XIIe)

LA TOATE INFECTIUNILE GRELE, ACUTE...

SEPTICÉMINE

IMPIEDICĂ O REVENIRE A TEMPERATUREI



ȘI NU PROVOACĂ NICI O REACȚIUNE SAU ȘOC.

LAB. CORTIAL 15. Bulev. Pasteur. PARIS

Reprezentanța Generală pentru România, DROGUERIA STANDARD Bucuresti, Str. Sft. Ionică 8.

Medicament tonicardiac

CARDITONE LOBICA

Formulă: Extract de Strophantus 0,001
Sulfate de Sparteine 0,gr. 02
Extract de Muguet 0,gr. 05
Excipient Q. S. pt. 1 compr. 0,gr. 35

Posologia: 1–5 comprimate pe zi după cazuri.

Constipaţiuni – Enterite cronice — Enterocolite — Dermatoze.

T A X O L

Pudră de mucoasă intestinală, Agar-Agar, Extract biliar depigmentat, Fermenţi lactici selecţionaţi.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Toate formele de constipaţie – Regulator al biligeniei – Stimulent al secreţiunei hepatice.

LACTOBYL

Extract biliar depigmentat — Extract total de glande intestinale — Cărbune poros hiperactivat — Fermenţi lactici selecţionaţi — Extract citoplasmic de laminaria flexicaulis

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Maladii venoase — Hemoroizi – Varice — Ulceraţii.

VEINOTROPE

(Masculin şi Femenin)
Paratiroidă—Suprarenală — Hipofiză — Pancreas — Glande genitale — Extract de Hamnamelis — Nucă vomică — Maron de India.

Drageuri: 3—5 pe zi, cu o oră înaintea meselor.
La femei se întrerupe tratamentul în timpul menstruaţiei.

Sedativ Neurovegetativ — Insomnii — Anxietate — Emotivitate — Palpitaţii - Anafilaxie

S E R E N O L

Peptone lichide polivalente — Fenil Etil Malonil-uree — Hexametilentetramină — Pasiflora — Anemone Boldo — Tinctura Crataegus şi Beladona.

1 — 3 linguriţe de cafea pe zi, luate preferabil cu o infuzie.

Terapia maladiilor de nutriţie. (Artritism – Gută – Gravelă).

U R A L Y S O L

Hexametilentetramina — Acid Timinic — Dietilen Diamina — Citrat de Hexametilentetramină – Carbonat de Litină — Benzoat de Sodiu

Granule: De 2 ori pe zi câte o linguriţă într'un pahar plin cu apă.

Laboratoarele LOBICA - Paris
Eşantioane şi literatură:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.
103. Strada Toamnei BUCUREŞTI III Telefon 2.21.38.

»EMINESCU« INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 13—14 | 10 Lei Exemplarul | 1—15 Iulie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 739 43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. I. NUBERT: *Herniile şi varicele* 185

Conferenţiar Dr. STATE DRĂGANESCU, Docent Dr. E. FAÇON şi D-na Dr. CONSTANTINESCU BALANESCU: *Câteva consideraţiuni referitoare la frecvenţa unor afecţiuni neurologice de natură infecţioasă primitivă* 186

Dr. PLACINŢEANU (Iaşi): *Bloc operator sterilizat* 187

Dr. G. MUNTEANU şi Dr. A. GALAGUŢA: *Tratamentul Erisipelului cu Prontosil* 190

Pagina

CONGRESE

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Câteva note de Igienă mintală (cu prilejul Conferinţei europene de la Lugano—Iunie 1939).* 193

Dr. M. NASTA: *Al IV-lea Congres Naţional de Tuberculoză. Mai 1938 — Cernăuţi.* 195

CRONICI

Prof. Dr. IACOBOVICI: *Învăţământul şi practica medicală în parlament* 191

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Sărbătorirea d-lui g-ral dr. N. Marinescu, Ministrul Sănătăţei; Personalul medical al Institutului »Regina Elisabeta« din Bucureşti; 199

Pagina

O Asociaţie medicală pentru pace; Noul Comitet al Asociaţiei medicilor stomatologi; Definitivări şi înaintări în învăţământul superior medical 199

Mişcare în corpul medical al Ministerului Sănătăţii 200

BIBLIOGRAFII

Noţiuni de Laringologie clinică, de *Prof. Dr. G Buzoianu* Directorul Clinicei O. R. L. de la Facultatea de Medicină din Cluj. Un volum de 368 pagini. Tipografia »Cartea Românească«, Cluj.

Cum tratăm azi epilepsia, de Docent Dr. *D. Grigorescu*, Dr. *Sergiu Axente* şi Intern *Vivi Constantinescu*. Editura Bucovina—Bucureşti. Preţul vol lei 100.

Elemente de Anatomie clinică a sistemului nervos central, de Dr. *State Drăgănescu*, va apare în 5 fascicole, prima publicaţiune conţinând 24 pagini şi 13 planşe (fotografii şi scheme) Preţul primului fascicol 60 lei.

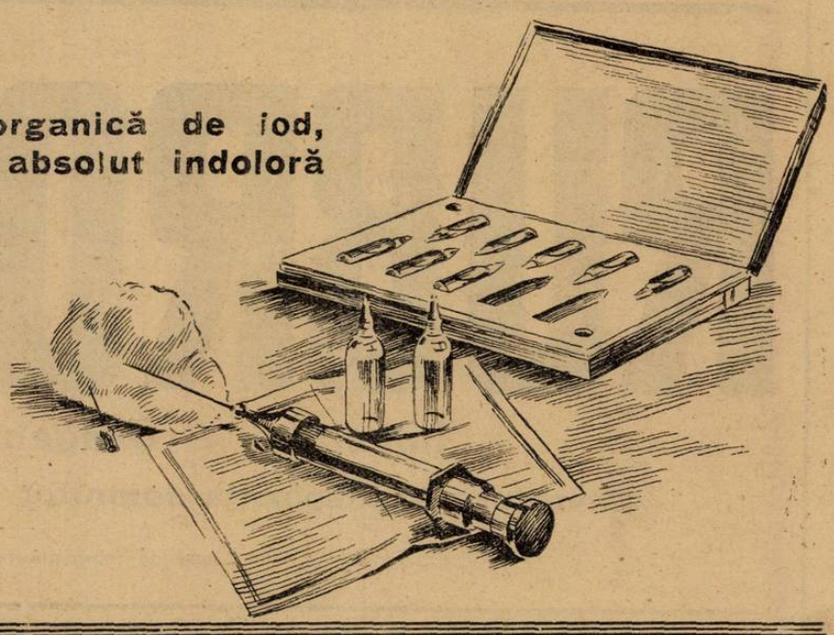
Endoiodin

Sare organică de iod, soluţie absolut indoloră

Nu produce iodisme!

In reumatism, hipertonie arterioscleroză, sifilis, angină pectorală, aortalgie, astm bronşic, bronşită cronică etc.

Cutie cu 10 fiole de 2 cmc.



BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86, Sucursala: »ROMIGEFA« S. A. R., Cluj, Calea Moţilor 18. Tel. 37-22

DOUAZECI PEPTONE DIFERITE

HIPOSULFIT de MAGNEZIU şi de SODIU

SĂRURI HALOGENE de MAGNEZIU

ANACLASINE

RANSON

COMPRIMATE
GRANULE

DESENSIBILIZARE
STĂRI HEPATICE

A. RANSON
DOCTOR IN FARMACIE
121. AV. GAMBETTA
PARIS (XX-e)

LITERATURĂ ŞI EŞANTIOANE LA CERERE
Exclusivitatea generală
„DROGUERIA STANDARD"
S. A. R.
8. Str. SFT. IONICĂ 8, BUCUREŞTI I

IN TOATE CAZURILE DE

TUBERCULOZA EXTRAPULMONARA

RUBROPHEN

Injecţiuni — Drageuri — Pomadă.

Literatura la dispoziţia domnilor medici.

Costul de fabricaţie fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie mostre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

„LABORATORUL TION" DR. OERIU

Reprezentanţa A. GROZEA & Co. — Bucureşti — Str. Doamnei 21

Telefon 4.59.70 — 4.69.53

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID

Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE

Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei

Complicaţiuni

STREPTOCOCIE

Erisipel — Infecţiune puerperală post-partum şi post-abortum

Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă

Stafilococie — Pneumococie — Meningococie

Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulţi :	6 — 10	comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani :	3 — 5	„ „
„ „ 2 — 5 „ :	1 — 3	„ „
Sugaci :	½ — 1	comprimate „ „

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: **„SPEPHAR"** — Laborator de produse farmaceutice

Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III

Telefon: 2.11.78.

Schering

Testoviron

Indicat la:

Stări de surmenaj intelectual,
Diminuarea forţelor fizice,
Insomnie,
Neuroze cardiace şi gastro-intestinale,
Hipogenitalism şi scăderea potenţei sexuale,
Hipertrofie prostatică

Testoviron
este un propionat de Testosteron în soluţie uleioasă, cunoscut în prezent ca forma cea mai activă a hormonului sexual masculin

Preparat pur de hormon sexual masculin

Hormon cristalizat dozat exact în miligrame

SCHERING A.G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

Extractul de ficat injectabil cu efect puternic

Campolon

Pentru tratamentul anemiei pernicioase şi al tuturor anemiilor de etiologie neprecisă. Pentru ameliorarea reconvalescenţei şi susţinerea tratamentelor de îngrăşare. Pentru combaterea coagulării insuficiente a sângelui.

Admis şi întrebuinţat în Serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Ambalaje originale:

Cutii cu 5, 25 şi 100 fiole de 2 cmc.
Cutii cu 3 şi 15 fiole de 5 cmc.
Flacon cu 10 cmc.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.86; Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor No. 18 Tel. 37-22

Anul XVII. No. 13—14 10 Lei Exemplarul 1—15 Iulie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

HERNIILE ŞI VARICELE

de Prof. Dr. I. NUBERT

Herniile ca şi ectaziile venoase, — cu diferitele lor varietăţi, sunt afecţiuni oarecum banale prin frecvenţa lor.

Nu mai puţin coexistenţa lor pe aceiaşi subiecţi se întâlneşte prea adeseaori pentru ca să fi putut scăpa până acum neobservată de clinicieni.

Această coexistenţă n'a format însă, — după câte ştim, — obiectul prea multor studii, ba chiar dimpotrivă, întreaga literatură medicală, nu numai a noastră, este foarte săracă asupra acestui subiect. De aceea studiul Profesorului de Medicină Legală G. Ottani, din Bolonia, publicat de d-sa *în Endocrinologia e Patologia constituzionale,* vol. XIII. Fasc., II Marzo 1938 — ne-a interesat în mod deosebit..

Studiul profesorului italian este bazat pe observaţiile a 160 de bolnavi de hernie, dintre cari 65 erau simultan şi purtători de ectazii venoase, — în marea lor majoritate, varice, — din care cauză studiul a şi fost intitulat: *Ernie e varice.*

După statistica d-lui *Ottani,* coexistenţa maladiilor care ne preocupă, s'ar întâlni în 40,6 la sută din cazuri. Cifra este desigur prea importantă pentruca să nu ne impuie numaidecât întrebarea naturei legăturei dintre ele, pentrucă, fără îndoială, nu mai poate fi vorba numai de o simplă coincidenţă a două maladii pe un acelaşi individ.

Şi atunci se poate bănui: sau o legătură cauzală dela una la alta, — cum se întâmplă de fapt în complexul clinic varicocel stâng — hernie inguinală stângă — sau se poate presupune că ambele boale trebue să recunoască o etio-patogenie unică, comună.

Pentru a putea răspunde cu discernământ acestei întrebări d. *Ottani* a şi eliminat dela început, din statistica sa mai întâi femeile, — la cari varicele membrelor inferioare recunosc cele mai adeseaori, — o treime din cazuri, — o etiologie proprie sexului lor, — sarcina — a eliminat apoi hemoroizii, — din cauza complexităţii etiologiei lor, — aşa de variată dela caz la caz. Prezenţa varicocelelor în statistica sa se explică prin aceea că, sau erau controlaterale herniilor, sau erau în acelaş timp însoţite şi de varice ale membrelor.

Cu toate aceste rezerve, procentul asociaţiei hernie-varice rămâne, după cum am văzut, prea important pentru ca profesorul *Ottani* să nu se creadă cu drept cuvânt îndreptăţit a presupune că aceste două maladii trebue să recunoască o cauză comună. Această cauză n'ar putea fi, socoate d-sa, decât o insuficienţă a întregului ţesut conjonctiv, în orice parte a corpului s'ar afla el.

Dacă această slăbiciune a ţesutului conjonctiv este oarecum evidentă în hernie pentru toată lumea, ea nu pare tot aşa de importantă când este vorba de varice sau de celelalte forme de ectazii venoase. Dar prof. *Ottani* atrage numai decât atenţia asupra faptului că «în fiecare strat al peretelui venos sunt fibre colagene şi elastice cari cimentează şi fac concordante contracţiunile fibrelor musculare netede» .

Iată prin urmare cum slăbiciunea ţesutului conjonctiv poate fi şi la originea ectaziilor venoase. Acest mod de a vedea nu e de altfel original, nici nou fiindcă în Tratatul de Anatomie Patologică a lui *M. Letulle* din 1897, găsim aceiaşi idee exprimată foarte clar: Etre atteint à n'importe quel âge de varices au mollet c'est être victime d'une nutrition défectueuse du tissu conjonctivo — vasculaire».

Astfel concepută etiologia herniilor şi a varicelor, şi hereditatea lor, — nu arareori semnalată de autori, — devine uşor de înţeles.

Intr'adevăr această meiopragie a ţesutului conjonctiv este desigur nu numai congenitală ci şi hereditară; indivizii se nasc prin urmare predispuşi la hernie sau varice, sau la ambele maladii. Eforturile musculare, marşurile, staţiunea verticală prelungită şi mereu repetată, impuse de cutare sau cutare altă profesiune, sânt numai cauze adjuvante în apariţia boalelor de care ne ocupăm.

Din punct de vedere practic, lucrul poate şi trebuie să intereseze în deosebi pe medicii legişti, pe medicii asigurărilor sociale şi în genere pe toţi acei chemaţi a se pronunţa asupra responsabilităţilor nu numai în traumatismele accidentale survenite cu prilejul şi din cauza exercitării anumitor profesiuni ci şi asupra oricăror altor turburări cari ar putea fi provocate în timp, de exerciţiul unei profesiuni.

Nu arareori se invoacă de pildă în etiologia herniilor pe drept sau pe nedrept, cu sinceritate sau cu rea credinţă, un efort exagerat, cerut de îndeplinirea unei obligaţiuni profesionale. Pentru varice încă nu a fost pusă problema în acest sens.

In lumina concepţiunei mai sus expuse asupra etiologii ambelor aceste maladii, chestiunea trebuie pusă cu totul altfel.

Hernia şi varicele s'ar cuveni să ia mai degrabă loc în rândul boalelor profesionale, — care prea au fost limitate numai în domeniul intoxicaţiilor profesionale, — cum remarcă cu drept cuvânt prof. *Ottani.*

Intr'adevăr, dacă la predispoziţia congenitală prin meiopragia ţesutului conjonctiv se adaugă mereu, în decursul anilor, efectele eforturilor musculare prin marşuri, staţiune verticală îndelungată etc., hernia sau varicele, sau ambele, se vor institui mai curând sau mai târziu. Bine înţeles că hernia traumatică propriu zisă nu intră în consideraţiile de mai sus, ea putând surveni brusc pe un individ cu cel mai perfect ţesut conjunctiv până în momentul traumatismului.

Având posibilitatea să ne facem o convingere personală în chestiunea asociaţiei hernie — varice — cel puţin în ce priveşte frecvenţa ei, — am cercetat din acest punct de vedere, un număr de 2753 de fişe medicale ale funcţionarilor din mişcarea şi atelierele etc. C. F. R. Regiunea Iaşi, bărbaţi între 23 şi 57 de ani.

Pe acest număr de fişe am întâlnit notată hernia de 169 de ori, deci un număr foarte apropiat de acel al observaţiilor lui *Ottani.* Raportată la numărul fişelor cifra ne indică un procent de hernioşi de 6,13, foarte apropiat de acel semnalat de clasici referitor la frecvenţa acestei maladii.

Din aceste 169 de hernii, 88 sunt hernii inghinale drepte 53, 25%, 43 hernii inghinale stângi 25.4%. Această diferenţă în favoarea herniilor inghinale drepte a fost totdeauna semnalată de autori şi explicată în diferite chipuri. Herniile inghinale au fost bilaterale pe 18 din 169 de cazuri, deci în 10,7%; restul herniilor sunt: epigastrice 13, ombilicale 4, crurale 1, eventraţie 1.

Pe 225 din cele 2753 de fişe cercetate am găsit semnalate ectaziile venoase, deci în 9.2%. Din aceste 225 de ectazii venoase 166 sunt varice ale membrelor inferioare, 86 varicocele şi 13 hemoroizi.

Revenind la subiectul nostru vom spune că: din cei 169 de hernioşi găsiţi de noi, numai 36 erau în acelaş timp şi purtători de ectazie venoasă, — în

marea lor majoritate de varice ale membrelor inferioare, — deci în 21,3% din cazuri.

Acest procent, deşi mult inferior acelui semnalat de *Ottani*, — (40,6) — este totuşi destul de important credem, pentru ca problema legăturei etio-patogenetice dintre aceste două afecţiuni să merite a fi pusă cu toată seriozitatea.

Alăturăm statistica noastră aceleia a lui *Ottani* pentru ca să incităm încă noi contribuţii necesare elucidării problemei pe care nici el, şi cu atât mai puţin noi, nu avem pretenţia de a o fi epuizat.

Câteva consideraţiuni referitoare la frequenţa unor afecţiuni neurologice de natură infecţioasă primitivă

de Conferenţiar Dr. STATE DRAGANESCU,
Docent Dr. E. FAÇON şi D-na Dr. CONSTANTINESCU BALANESCU

Problema infecţiunilor neurotrope are o reală importanţă din punct de vedere practic. Este un lucru cunoscut astăzi, că în ultimii 20 ani, am asistat la o înmulţire neobişnuită a cazurilor de neuroinfecţiuni, care pe alocuri au luat un caracter epidemic. Acest fapt, adică exploziunea epidemică a dus chiar la cunoaşterea unor boale care până aci fuseseră ignorate din cauza caracterului lor sporadic. Exemplul cel mai tipic îl reprezintă *encefalita letargică*, boală care până în 1917, — când, izbucnind sub formă epidemică a fost identificată de *von Economo* — nici nu figura în capitolele de patologie. Dela această epidemie, boala s'a manifestat numai în mod sporadic în diferite ţări, fapt care a dus aproape la o uitare a infirmităţilor grave, pe care le produce.

Pericolul acestei infecţiuni perzistă însă şi împrejurări prielnice unei recrudescenţe epidemice (cum poate fi războiul) o vor pune desigur din nou pe primul plan. E neîndoelnic, că gravitatea epidemiilor viitoare poate fi în directă legătură şi cu numărul mare de cazuri de atari encefalite ajunse în stadiu cronic.

In adevăr, pretutindeni se găsesc un mare număr de bolnavi postencefalitici, care reprezintă un rezervoriu de virus cu posibilităţi de eventuală contagiune. In Germania sunt actualmente aproximativ 60.000 *(Stern)*; la noi în ţară numărul acestora atinge cel puţin cifra de câteva mii. Intr'o lucrare anterioară (România medicală din 1 Februarie 1939), am stabilit o chartă cu repartiţia regională a bolnavilor ce au trecut pe la serviciul nostru de consultaţii neurologice dela spitalul Colentina şi secţia de neurologie (d. dr. *Aramă)* dela Spitalul Militar. Din acea chartă se vede că nu există judeţ, fără cazuri de encefalită cronică.

In ţara noastră, ca şi în alte ţări au apărut şi apar dela sfârşitul marei epidemii din 1917-920, cazuri de boala lui v. *Economo*. Dacă în unele din aceste cazuri se poate stabili cu precizione episodul acut (şi acesta însă mai puţin caracteristic decât în forma clasică) în cele mai multe însă este vorba de o instalare insidioasă a complexului parkinsonian, a cărui fază acută este cu neputinţă de depistat, lipsind chiar aşa zisul complex «gripal» sub care se ascunde începutul afecţiunei.

Ne e în minte un bolnav recent la care sindromul parkinsonian s'a instalat insidios, după o perioadă de uşoară somnolenţă în iarna 1917-18, fără febră şi fără diplopie.

Atari cazuri am observat de altfel destul de frecvent la consultaţiile neurologice din Spitalul Colentina, în ultimii ani.

Un fapt izbitor a fost în acest timp apariţia unor manifestaţiuni neurologice acute, de tip infecţios, cu o simptomatologie mezencefalică (prinderea perechei a III-a, a IV-a, a V-a, a VI-a) cu evoluţie favorabilă. Primele cazuri de acest gen au fost observate de d. *prof. Manolescu* împreună cu unul din noi.

Evoluţia lor favorabilă, ducând la vindecare, cum şi absenţa de complexe extrapyramidale, ne arată că ele nu pot fi înglobate encefalitei letargice, dar par a avea totuşi o oarecare afinitate, încă neprecizată (virusuri apropiate) cu această boală. Noi le considerăm ca *paralizii radiculonevritice superioare*, deosebindu-le însă din punct de vedere clinic de un alt grup de neuro-infecţiuni şi anume de *poliradiculonevritele de tipul Guillain-Barré.*

In primul grup, atingerea este limitată în cazurile acestea numai la nervii cranieni; reacţiunile lichidiene sunt neînsemnate, lipsind disociaţia albumino-citologică, ce constitue caracteristica până la un punct a poliradiculonevritelor de tipul Guillain-Barré. Acest grup este mai bine precizat din punct de vedere clinic, humoral şi anatomo-patologic, rămânând însă — ca şi primul — o necunoscută în privinţa virusului patogen.

Din punct de vedere al apariţiei poliradiculonevritelor acute, care au fost semnalate pentru prima dată în 1916 şi care continuă să fie observate în fiecare an în diverse ţări, ele nu vin ca adevărate epidemii. In unele momente însă (1926-27 în Rusia *(Morgulis)* 1927-28 în Polonia *(Flatau)* şi 1932/34 în România *(Marinescu, Drăgănescu* şi *Façon)* etc.), numărul cazurilor observate, a putut da impresia unor mici epidemii, după care — ca şi la encefalita letargică şi poliomielită — se mai constată încă, în fiecare an, cazuri sporadice.

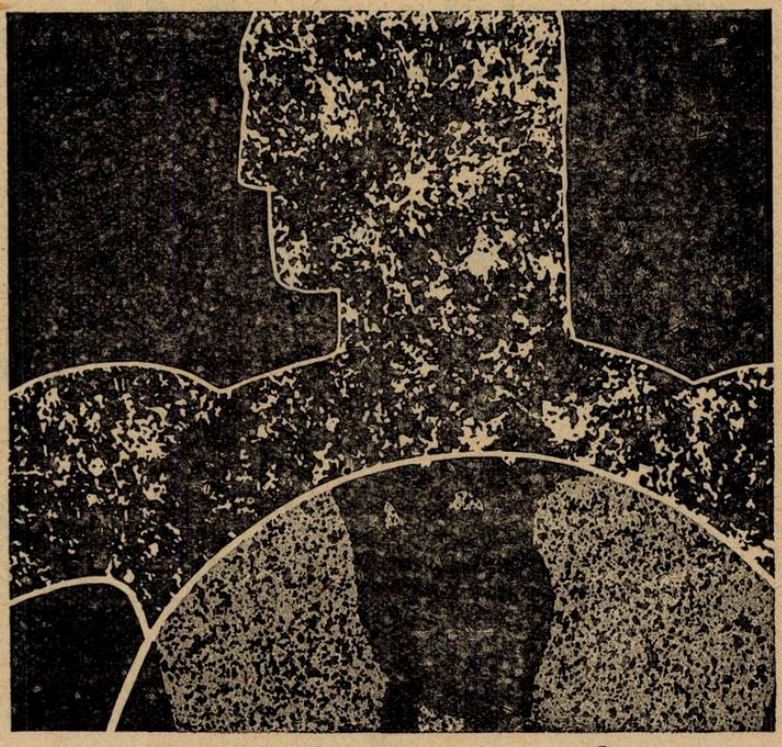
In ultimii doi ani (1937 şi 1938) am putut înregistra la consultaţiile neurologice dela spitalul Colentina 6 cazuri de poliradiculonevrite inferioare şi 5 cazuri de poliradiculonevrite superioare. Era vorba de bolnavi adulţi (28-57 ani) la care boala apăruse în lunile de primăvară şi vară (Martie — Septembrie), într'un singur caz în Noembrie, deşi atari cazuri se văd şi îi lunile de iarnă (în Ianuarie — Februarie 1939).

In ce priveşte alte neuro-infecţiuni, de caracter epidemic, ca *poliomielita acută* vom spune numai în treacăt, că în aceşti din urmă ani nu am observat decât 3 cazuri. Dealtfel, în toată ţara în ultimii ani nu s'au semnalat decât cazuri sporadice dela ultima mare epidemie din 1927. Acest fapt se datoreşte — după cum ştim — imunizărei unei mari părţi din populaţie, ca efect al contactului cu virusul poliomielitic fără ca prin aceasta să se producă o manifestare clinică evidentă *(forme inaparente)*.

In afară de grupul boalelor de mai sus — cu etiologie neurotropă primitivă neîndoelnică — ţinem să amintim alte două afecţiuni neurologice, *paralizia facială periferică* şi *chorea acută*, a căror etiologie nu este încă pe deplin stabilită. In privinţa *paraliziei faciale periferice* s'a susţinut de unii autori *(Müller, Alberca, Bersan)*, că ea nu ar reprezenta decât o poliomielită acută monosimptomatică. Dacă această aserţiune ar putea fi justificată pentru unele cazuri apărute în cursul unei epidemii de poliomielită acută *(Stern şi Willkofer)*, ea nu poate fi însă susţinută pentru acele, observate în perioadele de calm ale poliomielitei, când frequenţa paraliziei faciale este tot atât de mare ca în cursul unei epidemii de Heine-Medin. Astfel din statistica întreprinsă de noi se vede că în cursul anilor 1937/38 numai la Serv. nostru de consultaţii neurologice au trecut 48 cazuri de paralizii faciale. Ca vârstă maximul de cazuri l'am observat între 20—40 ani (26 cazuri), apoi 7 cazuri între 10—20 ani, 13 cazuri între 40—80 ani şi *nici un caz până la vârsta de 10 ani, perioada de predilecţie a po-*

Deshidratarea organismului,

tonizarea inimii



la edeme cu geneză

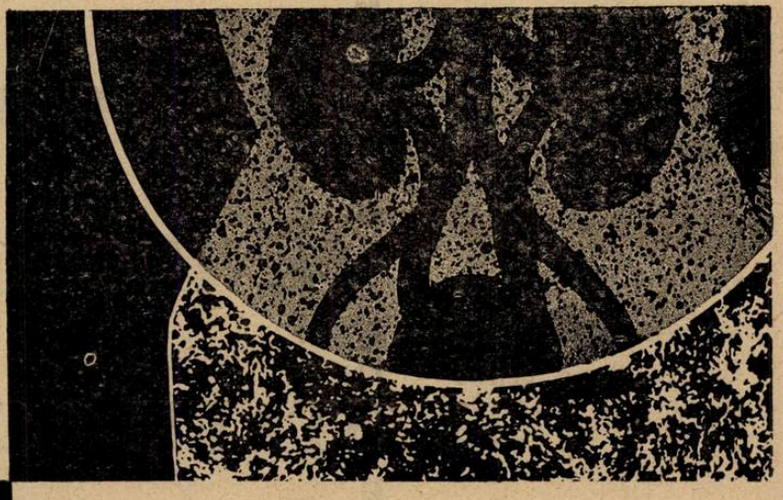
cardiacă şi renală,

la afecţiunile miocardului,

la curele de slăbire

cu

Iod-Calcium-Diuretină



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen / Rin.

Tuburi cu 20 tablete.

De 3 ori pe zi 1-2 tablete după masă (mai bine se vor lua cu ceva lichid, ca lapte, etc.).

Admis şi de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

Eşantioane şi literatură prin:

„KNOLL" S. A. R., Produse chimico-farmaceutice.

BUCUREŞTI III, Str. Atena, 29.

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**

CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ

ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI

în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"

SPECIA 21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

liomielitei acute. Aceste paralizii faciale au fost observate în tot cursul anului, fără o predominenţă pentru un anumit anotimp.

Aceste fapte vorbesc — după cum am amintit mai sus — împotriva unei legături etiologice a paraliziei faciale periferice esenţiale, «a frigore», cu poliomielita şi totodată nu aduc argumente suficiente pentru o origină neuro-infecţioasă primitivă. Ipoteza susţinută altădată de Sicard, a unei *nevrodocite primitive* (inflamaţie «gripală», «reumatismală», etc.), având ca efect propagarea procesului inflamator sau poate numai producerea unei reacţii vasomotorii speciale, la nervul facial vecin, — poate această ipoteză ar fi cea mai verosimilă.

O oarecare nesiguranţă domneşte şi în privinţa *etiologiei choreei acute Sydenham.* După *Curschmann,* în etiologia choreei acute intervine o infecţiune, nu numai reumatismală, ci şi infecţiuni ale căilor respiratorii, angine, etc. După *Koch* ar exista chiar un agent infecţios specific al choreei, a cărei agresiune asupra organismului ar fi preparată de agenţii nespecifici ai reumatismului şi ai altor infecţiuni banale.

După *F. H. Lewy,* în patogenia choreei, intervin numai anumiţi agenţi infecţioşi, ale căror toxine au o afinitate deosebită faţă de anumite celule din neostrat, din cerebel şi hypothalamus. Astfel de calităţi choreoplastice au la om, streptococii ocazional şi alţi microbi. După *Wollenberg* şi *Lewy,* mai are importanţă în apariţia choreii şi o predispoziţie a bolnavului (sexul femenin, vârsta).

Calea de penetraţie a lor se pare a fi amigdala. De altfel, s'a discutat relaţia între infecţiunile amigdaliene şi infecţiunile choreice, (infecţiunile focale «amigdaliene», şi «dentare» au fost de altfel socotite altădată de *Rosenow,* ca origina multor neuroinfecţiuni — chiar disparate între ele ca patogenie). Inlăturarea amigdalelor nu are însă ca urmare dispariţia choreei, de cât nu poate în un răstrâns număr de cazuri. Numai *Letelier* a văzut vindecare la 2—4 zile după tonsilectomie. In ceiace priveşte acţiunea profilactică a amigdalectomiei o statistică a lui *Keiser* arată, că la un număr de 28.000 copii cu amigdale extirpate au apărut 0,5% cazuri de choree şi la un număr de 20.000 neoperaţi s'au semnalat 0,4% cazuri. După cum vedem diferenţa este minimă.

De altfel la consultaţiile noastre am văzut într'un număr de cazuri recidive de choree la bolnavi cu amigdalectomie.

După *Dwyer* — în afară de amigdale — trebue examinată şi starea dentiţiei, dinţii putând fi ca şi amigdalele sediul unui loc de infecţie focală.

In cursul ultimilor 2 ani au trecut pe la serviciul de consultaţii neurologice un număr de 21 bolnavi care prezentau simptomele unei corei acute. Câţiva era pacienţi care prezentaseră un episod choreic cu câteva luni sau cu un an înainte. Ca vârstă, am găsit între 6-10 ani, 8 cazuri, între 10-17 ani 13 cazuri, prin urmare o frecvenţă în anii de pubertate. Cele mai multe ca cazuri. De altfel la consultaţiile noastre cazuri au fost observate în cursul lunilor de iarnă (Decembrie — Martie), epocă în care afecţiunile reumatismale şi infecţiunile amigdaliene sunt cel mai des întâlnite.

In ceiace priveşte alte infecţiuni de tip neurotrop — mai rare — vom menţiona că în ultimii ani am observat 2 cazuri de zona Zoster şi 3 cazuri de polymyosită primitivă — afecţiune în care aproape întotdeauna sunt atinse şi terminaţiunile nervoase.

Problema neuro-infecţiunilor primitive, care în timpul de calm nu are decât o importanţă «socială» restrânsă, ar putea să-şi schimbe aspectul său în timpuri grele, ca timpurile de război.

Din acest punct de vedere encefalita letargică şi unele neuro-infecţiuni primitive de natură nedeterminată că poliradiculonevritele se situiază pe primul plan. Aceste boale ar putea lua poate un caracter epidemic nebănuit.

Poliradiculonevritele infecţioase primitive ameninţă însă mai puţin în aceste împrejurări, căci boala e rară şi — deşi are adeseori o lungă durată ce poate atinge şi un an — ea nu lasă un izvor de contagiune, căci nu trece în stadiul de cronicitate ca encefalita letargică. Aceasta din urmă însă poate constitui un pericol real, căci actualele cazuri de parkinsonism postencefalitic sunt încă izvor de virus. Ca dovadă este apariţia an de an a noi cazuri care dacă nu impresionează prin numărul lor trebue să impresioneze pe toţi prin faptul că prind oameni în floarea vârstei. Cum unul din noi a scris şi în alte dăţi (1. Asistenţa medicală a incurabililor, Mişcarea Medicală Nr. 5-6 1929; 2. Infirmitatea şi bătrâneţea la săraci Curentul 15 Nov. 1930; 3. Asistenţa infirmităţilor nervoase la noi (Drăgănescu, Façon şi Băcăoanul în Higiena Socială 1933; 4. O mare instituţie de asistenţă socială: «Masarykovy Domovy» la Praga în România Medicală, Octombrie 1937 etc.), lipsa unui azil modern de atari bolnavi (în care s'ar aduce şi alte cazuri din nenumăratele infirmităţi nervoase cronice pentru care azi aproape nu există un loc de ospitalizare în ţara noastră) ar fi nu numai o binefacere pentru ei, dar şi un mijloc de ocrotire a societăţei.

Bloc operator sterilizat

de Dr. PLĂCINŢEANU (Iaşi)

Ideia de a concentra tot ce este operator în încăperi alăturate, deservite de Servicii generale comune, nu datează de multă vreme.

Cunéo în 1936 a expus avantajele aşa numitului «bloc operator» indicând metodica architectonică şi precizând «sensul unic» al accesului sălilor de operaţii pentru bolnav şi pentru chirurg. Aceştia nu se întâlnesc decât în sala de operaţii; până acolo merg pe intrări şi săli de preparaţie deosebite.

In concepţiunea «blocului operator» s'a stabilit necesitatea de a funcţiona două săli de operaţii, gemene, în mod consecutiv, sau, la nevoe şi în prezenţa a două echipe operatorii, simultan.

In timpul cât se lucrează într'o sală cealaltă suferă preparaţia indicată pentru a oferi echipei ce va veni, cea mai perfectă ordine în materiale, instrumentar, iar bolnavul narcotizat în sala de preparaţie aşteaptă intervenţia.

S'a realizat un câştig în timp, enorm. A dispărut spectacolul de culoar de gardă, când într'un sgomot infernal un bolnav, operat, era ridicat dene masa operaţiei, la finele intervenţiei, cu spumă la gură sau vomitând sau improscând din intestin clisma, ce i se administrase seara sau dimineaţă, înconjurat de 3—4 infirmieri, ce se căzneau să steargă tot ce se arunca pe pardoseală de către bolnav, iar în acelaşi timp chirurgul, impacientat reclamând să i se aducă urgent al doilea caz de operat. Atunci busculada era maximă pentrucă alţi infirmieri se repeziau cu targa sau căruţul pe roate, introducând bolnavul aşteptat, dar în aceeaşi uşă dădeau peste partida celor ce voiau să iasă, de unde conflictul de prioritate.

Dacă am analiza numărul picioarelor, gurilor, nasurilor, roţilor, cari au contaminat frumoasa pardoseală, cernită de cu seară, a sălei aseptice de operaţii, ne-am da seama imediat, că creiarea a două săli gemene, cari să funcţioneze consecutiv, deja este un progres în marea problemă a «mediului operator».

Fiecare sală de operaţie are anexă imediată o sală de narcoză şi pregătirea *bolnavului,* precum şi pentru a ridica bolnavul de pe masa de operaţie, care este adus în această sală, la finele operaţiei.

Deci pregătirea bonavului, anestezia lui, aşezarea în poziţiunea cerută pe masa de operaţie, se face în saia de narcoză. Masa, cu bolnavul pe ea, este trasă în sala de operaţie. Aici se petrece numai actul operator, care o-

dată isprăvit, masa este scoasă în afară și acolo se complectează ritualul sfârșitului de operație. In acest timp sala se curăță, se organizează imediat ca să primească următorul bolnav.

Chirurgul îmbrăcat în vestiarul său cu îmbrăcămintea specială pentru sala de operație, intră în sala de lavoare unde își pregătește mâinile, se îmbracă cu halate și mască, sterilizate și intră în sala de operație pe o ușă specială, a lui.

Intre cele două săli de operații, gemene, există o sală pentru sterilizarea instrumentarului, a soluțiilor fiziologice, a apei pentru spălat pe mână. Prin geamuri de cristal ce se ridică sau se închid, ca la vagoanele de cale ferată, sora ce instrumentează oferă în sala de operație instrumente proaspăt sterilizate sau orice i se cere dinăuntru. Pentru unele servicii chirurgicale mai mari sala de sterilizare este deservită de alte încăperi pentru preparatul materialelor de pansamente și depozitul de instrumentar. In fine, tot în legătură cu aceste încăperi, dar cu intrări separate pot fi sala de aparate ghipsate, sălile de pansamente, sala de examene endoscopice și chiar o sală cu un aparat portativ de *Röntgen*.

Toate acestea la un loc alcătuesc «blocul operator». Gospodăria blocului este la îndemână, totul este astfel orânduit încât se îndeplinesc metodic, de personal perfect instruit pentru fiecare act ce contribue la desăvârșirea efortului operator comun.

Utilitatea blocului, economia de timp și de personal, toate aceste calități au trezit interesul instituțiunilor spitalicești și în Occident mai de mult, la noi de curând s'a ajuns în materie de construcțiuni să se adopte sistemul de concentrare a tot ce este operator, realizându-se «blocuri operatorii» cu săli de operații gemene.

Academia de chirurgie din Paris, cu ocaziunea expoziției din 1937, a expus la «le Palais de Découverte», un grup operator cu ultimele perfecționări. Dacă voiu intra puțin în detaliu, o fac numai pentru cei ce n'au avut ocaziunea să viziteze acest minunat palat, care expune, câteodată prea amănunțit, tot ceeace știința medicală și în deosebi cea franceză a realizat până în timpul nostru. Apoi o fac pentrucă m'am documentat și din ceea ce s'a publicat în această chestiune și apoi pentru că am vizitat și am studiat la marele case de construcțiuni, atât în Germania cât și în Franța diverse realizări în legătură cu «blocul operator».

In monografia «*Le bloc chirurgical stérile (etude technique)*», publicată la «Librairie Maloine» din Paris, — se vorbește de o adevărată *metodă* pentru intrarea bolnavului și chirurgului în sala de operație. Pentru a se realiza *metoda*, trecerea se face prin mai multe săli succesive, după cum urmează:

a) *bolnavul* primește în patul lui o preparație îngrijită a gurei și nasului (gargarisme, pulverizații) iar pe cap i se pune o bonetă.

Dus pe un cărucior, ajunge într'o încăpere, unde este desbrăcat complect de tot ce are pe el, cămașă, cuvertură, etc. Este îmbrăcat cu o pijama sterilă și pus pe un cărut sterilizat, după ce pielea a fost degresată cu benzină, iar locul unde se va practica intervenția tincturizat cu iod. Astfel pregătit, trece în altă sală unde îl așteaptă anestezistul, adică în sala de narcoză, unde este pus deadreptul pe masa de operații, rulantă.

b) *Chirurgul* sau orice persoană care va intra în sala de operație, trebue să se desbrace într'o încăpere nesterilă (vom reveni într'un moment asupra chestiunei sterilizării sălilor de operații și a celor de preparație) și intră în prima încăpere sterilă unde îmbracă mânuși lungi sterilizate la formol, un combinaison de tipul celor de aviație, steril, având și botine de pânză, cusute la pantaloni. Totul este închis până la gât. Capul este acoperit cu o bonetă având fantă pentru ochi.

Astfel îmbrăcat, intră într'o a doua încăpere sterilă, unde își face toaleta mâinilor și îmbracă o bluză cu mască, care se fixează la cap, și alte mânuși lungi de cauciuc de tip *Chaput*, peste mânecile bluzei. Astfel îmbrăcat, pătrunde în sala de operații.

Metoda, după cum se vede este cam greu și plicticos de realizat, dar având în vedere atingerea unui grad optim sau maxim de asepsie, nimic nu este de prisos. Cu un personal bine instruit, cu materiale de îmbrăcăminte din abundență, cu multă, foarte multă bunăvoință, totul este posibil. Dar pentru a pune în valoare strădania expusă trebuie ca mediul în care se operează să ofere o garanție perfectă în ceeace privește *asepsia*.

Și aici vine chestiunea cea mai palpitantă din ultimul timp a problemei mediului operator și anume: *sterilizarea încăperilor, a sălilor de operații*.

Dacă nu ași fi văzut-o personal, în funcțiune, metoda sterilizării sălilor de operație, în clinica d-rului *F. Masmonteil* de la «*Maison de Santé du Landy*», din Saint-Oven, aș fi rămas într'o nedumerire comodă și inactivă a multora, a foarte mulți chirurgi, cari surâd și etichetează de «*exagerări de asepsie*». Dar pentru a mă documenta și a mă convinge cu detalii, m'au dus de câteva ori la constructorii *Flicoteux, Bonet et Fleurat*, din Paris, cari au realizat instalațiunile necesare.

După *H. de Pierrepont)* există o septicitate precisă și dovedită bacteriologicește a sălilor de operații oricât de bine ar fi ele întreținute. Această septicitate provine din:

a) Sala de operație fiind teatrul numeroaselor intervenții, microbii se înmulțesc pe preți, pe podele, pe tavan, pe mobile, ca într'un adevărat mediu de cultură, este ceeace se numește *septicitatea remanentă*».

b) Prin persoanele (și aerul deplasat de ele), cari pătrund în sala de operații înainte și în timpul actului operator».

c) Prin punerea în mișcare a prafului din aer de către ventilator, calorifer, diverse aparate, într'un mediu nesteril».

Contaminarea aeriană a plăgilor se poate face direct pentru cele larg deschise, mai cu seamă în intervenții laborioase, sau indirect prin instrumentele expuse contaminării pe mesele de instrumentație.

Iată de ce s'a ivit ideea de a se *steriliza sălile de operații*, de a avea un mediu steril și întreținut steril tot timpul cât durează actul operator și s'a ajuns la:

1) *sterilizarea de bază a sălilor de intervenții;*

2) *climatizarea lor;*

3) *Intreținerea asepsiei într'un mod continuu prin reînoirea aerului din sală cu aer sterilizat.*

Pentru a se putea realiza aceste puncte de technică s'a ajuns din punct de vedere architectonic la construcțiunea de săli de operații gemene, de formă *ovalară*, mai bună decât de forma *rotundă* cu pereții din plăci de metal, bine sudați și acoperite de o vopsea ce nu poate fi atacată de vapori, caustice, etc. (plăci de aluminiu, impregnate prin electricitate cu o culoare în felul celor de auto), iar tavanul transformat în cupolă de sticlă, transparentă, hermetic închisă.

Sălile sunt de mici dimensiuni, numărul persoanelor admise în interior este redus, cei ce doresc vor privi dela etajul superior prin cupolă. Atmosfera din sală este constantă, reînoită cu aer steril și condiționat, iar mediul din interior se va menține la o constantă în jurul lui 25° centigrade căldură și 50% de hygrometrie. Un cadran cu două ace indică aceste două date continuu și anunță oscilațiunile ce eventual ar surveni și cari pot fi corectate.

Mobilierul din sală este redus la minimum, pentru toate aparatele electrice ce se întrebuințează: diathermocauter, sugător, raze ultraviolete și ultraroșii, caustic, etc. Comanda lor se face de la exteriorul sălei, de pe culoarul ce o înconjoară. Lămpile scialitice sunt scoase în afară, deasupra cupolei sau se montează proectoare în pereții metalici ai sălei (așa cum este la dr. Masmonteil). Ușile se deschid automat.

Pentru tratamentul simptomatic al anginei pectorale şi arteriosclerozei în turburările tensiunii sanguine

Jocapral

Vasoregulator bine tolerat

Ameliorare subiectivă rapidă şi influenţare obiectivă a fenomenelor arteriosclerotice. In tablete.

Tratamentul cauzal

al tuturor turburărilor circulatorii ale vârstei, prin hormonul circulator standardizat

Padutin

Acţiune vasodilatatoare electivă asupra vaselor periferice. Regularea circulaţiunii. In fiole, picături şi drageuri.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

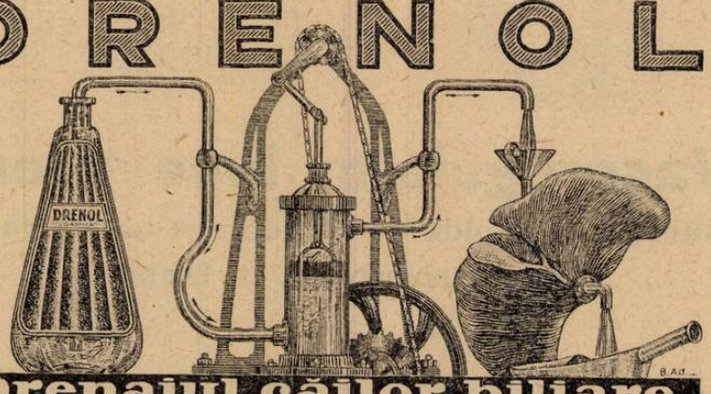
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86. Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.

NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ

RECONSTITUANT ENERGIC

DRENOL

ICTERE
COLECISTITA
LITIAZA BILIARA

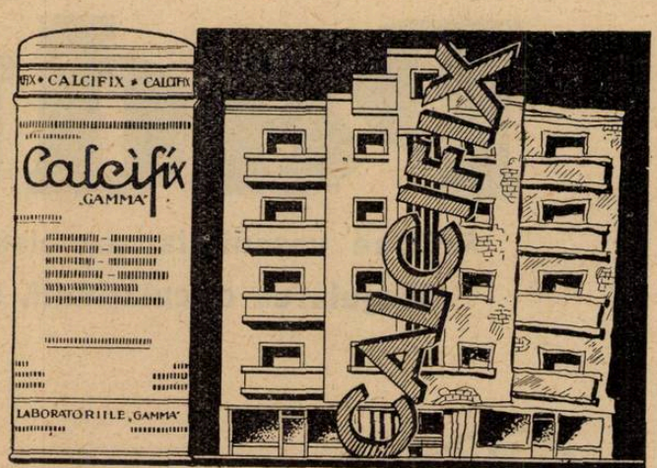


Drenajul căilor biliare pe cale bucală

SOLUȚIE

COLAGOG
COLERETIC
COLEFLUIDIFIANT

DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC



RECALCIFIANT RECONSTITUANT

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

Ansamblul este de formă aerodinamică, pentru a permite ușurința de circulație a gazelor sterilizante, dar și absorbția celor confinate. Par'că ar fi cabine de vapor.

Cunéo și *Zagdouin* au prezentat la Academia de chirurgie (1936) proectul de săli de operație climatizate.

Gosset (1397) publică o lucrare asupra locului chirurgical rațional.

Problema însă a sterilizărei nu a fost rezolvită practic decât de *Gudin*, care recurge la metoda chimică, utilizând formalina, neutralizată apoi de amoniac. Prin această metodă se sterilizează nu numai sala de operații, dar și mobilierul, instrumentarul din dulapuri, cari sunt deschise, ș. a. m. d., încât chirurgul își ia din dulap, orice instrument necesar, în timpul actului operator, iar o pensă căzută pe jos poate fi ridicată și întrebuințată imediat.

Metoda lui *Gudin* a fost repede adoptată de mulți chirurgi și uzinele *Drapier* au realizat aparatura automatică care servește la sterilizarea totală sau la «*sterilizarea de bază*».

Iată pe scurt metoda. Sterilizarea prin vapori de formalină pentruca să se obțină integrală, trebue ca să se petreacă într'un grad hygrometric foarte ridicat, 95%, iar temperatura să fie la 30°, adăugându-se câteva produse care evită polimerizarea. După ce s'a expus sala, adică după ce s'a tratat atmosfera sălei cu vapori de formalină, ea este neutralizată prin amoniac vaporizat, dând combinațiunea chimică de hexametylen-tetramină. Atmosfera astfel tratată, trece, împinsă prin suflaiuri pe vase cu apă sterilă, acidulată cu acid tartric. Hexamethylen-tetramina se solvă în apă, iar amoniacul rămas încă liber se combină cu acidul tartric, formând tartratul de amoniac, solubil și el în apă.

Deoarece aerul rămâne perfect pur și steril însă cu un grad de hygrometrie ridicat, se pune în funcțiune *condiționarea sa.* Un condiționar frigorific îl deshydratează și-l trimite în sală condiționat la temperatura de 25° și 50% hygrometrie.

Toate examenele bacteriologice făcute la Institutul Pasteur pe *frottis* luate pe pereți și pe pardoseală au fost negative, nu a cultivat nici un microb.

Această «sterilizare de bază» se face o singură dată, seara. Sălile de operații și anexele lor rămân sterile până la întrebuințare, a doua zi.

Ori, pentrucă prin acest dispozitiv și această metodă nu se poate repeta sterilizarea după fiecare operație, aerul din interiorul sălei trebue renovat cu un *aer sterilizat și condiționat sau climatizat.*

Sunt aparate care filtrează aerul supt de la exterior, îl trece pe pâsle îmbibate de oloi, apoi îl sterilizează trecut prin jurul unor fire metalice de înaltă tensiune. Aerul astfel sterilizat este condiționat și trimis în grupul operator sub o presiune suficientă pentru a nu scăpa îndărăt. Iată pentruce aerul sterilizat și condiționat din sălile de operații este în suprapresiune ușoară.

Condiționarea aerului se face cu un *compresor frigorific*, cu mecanism electric și ceeace trebue să realizeze această condiționare este destul de complicat: să ofere umiditatea cerută, puritate, temperatură convenabilă, circulația aerului trebue să fie moderată, reîncirea aerului să se facă metodic.

Ceeace este sigur e că această condiționare oferă în sălile de operații o atmosferă admirabilă, ideală, proaspătă și răcoroasă.

Pentru iernile noastre aspre sau verile tropicale, când chirurgii transpiră și personalul aleargă să tamponeze picăturile de sudoare de pe frunte, ochelari sau nasul patronului, climatizarea aerului este o minune. Vom reveni într'un moment. Deshydratarea aerului se face prin condensare automată trecută pe radiatoare din aripi de aluminiu menținute la temperaturi joase.

In general, *sterilizarea de bază* se obține printr'o instalațiune mare, comună, care poate deservi toate încăperile unuia sau mai multor blocuri operatorii; ea poate fi instalată în subsolul localului; iar *condiționarul automat*, care asigură deshydratarea aerului, termogeneza sa, este un aparat mic, o mică uzină, care este instalată lângă sala de operație.

Cu toate avantajele metodei chimice de sterilizare după *Gudin* și cu toate precauțiunile de a se observa cu strictețe executarea diferitelor manopere de anihilare a vaporilor de formalină, aceștia la reîncălzirea sălilor de operații revin, discret, dar revin, congestionând mucoasele și a bolnavilor și a chirurgilor.

Am vizitat clinica *prof. Monond* din marele spital *Beanjon din Paris*, unde se întrebuințează formalizarea ca metodă de sterilizare de bază.

Deși una din săli, care era supusă formalizărei, era perfect închisă, totuși pe sală, în sala de sterilizare pătrundeau vaporii de formalină, iar în sala a 2-a unde se opera se simțeau vaporii de formalină.

Tot aici am văzut scena următoare. Deoarece atmosfera nu era climatizată, ceeace m'a mirat enorm pentru un edificiu impunător și modern ca Beanjon, în sala unde opera *Dr. Monod* era o căldură asfixiantă, deși eram în Februarie. Curgea picături pe frunțea profesorului și o soră expertă trebuia să le tamponeze just la timp pentru a nu se desprinde și a cădea în toracele larg deschis al pacientului (făcea o lobectomie pentru tumoare pulmonară). Dar nu numai atât, ci din timp în timp aceeași soră schimba o compresă adusă dela ghiață pe fruntea profesorului și o lega cu precauțiune și nu o strângea prea tare pentru ca compresa să nu cadă sau să nu lasă să se stoarcă apă de la ghiață, din ea.

Rari sunt chirurgii, cari nu transpiră. Dar chiar de nu ar fi vorba de transpirație, ci numai de respirație și încă climatizarea sălilor de operații este o binefacere pentru chirurgi și pentru bolnavi.

Trénel dela Viena s'a ocupat încă de climatizare, dar el s'a ocupat în deosebi cu epurațiunea aerului, iar mijloacele întrebuințate, prin filtraj, îi dădea posibilitatea să obțină un aer pur deabea după 3—4 ore.

D. F. Masmoteil are ingenioasa idee să utilizeze efectul ploii torențiale de la munte pentru sterilizarea sălilor de operații. Studiază problema, după cum mi-a mărturisit-o în timpul vizitei ce i-am făcut-o, timp de șapte ani de zile și ajunge la *metoda fizică de sterilizare a sălilor de operații.*

El trimite în sala de operație vapori de apă condensați, sub presiune, dela autoclav, la 134°, producând ceeace el numește un «*brouillard condensé*». Acest vapor proectat în sală prin partea superioară a peretelui lateral umflă particulele de praf în suspensiune în aer și le face grele. Produce atunci o condensare rapidă a acestui vapor pe o *baterie refrigerantă*, așezată tot în afară de sală, într'o piesă unică care produce și filtrarea și climatizarea aerului.

Procedeul capătă titlul *procedeu brevetat Masmonteil-Flicoteaux de asepsie a sălilor de operațiuni prin brouillard condensé.*

Iată cum se execută prepararea sălei de operații la *dr. Masmoteil:* 1. Se șterge cu ceva ud solul, sifonul în partea declivă a planșeului adună orice liquid s'ar scurge spre el. Sifonul este tamponat uscat. 2. *Reînoirea aerului.* Un aspirator cu deschizături în polul distal evacuiază aerul spre exterior. In același timp o gură, așezată în situațiunea opusă, împinge în hyperpresiune, în sală, aer luat pe acoperiș, filtrat pe filtru de oloi și spălat. 3. *Crearea ceței condensate* prin proecțiunea de vapori la 134°. 4. *Condensarea ceței* pe bateria refrigerantă. la exterior. In două trei minute ceața a dispărut, fără să lase pe pereți rouă. 5. *Un euphorimetru* marchează starea hygrometrică a sălei și temperatura. Bateria refrigerantă modifică ambele stări după nevoe; maximul de confort este obținut, atunci când ambele ace

ale aparatului se încrucişează. *Toată metoda se execută în 10—15 minute*, prin urmare extrem de repede. *Intr'un sfert de oră sala de operaţii este sterilizată şi condiţionată cu aer.* Cum blocul are două săli de operaţii, de tipul celulelor operatorii, care după fiecare operaţie poate fi sterilizată, îşi închipuie oricine că această metodă este admirabilă, este cea mai rapidă şi cea mai sigură.

Toate examenele de laborator au arătat o perfectă asepsie după fiecare tratament al sălei (făcute de *dr. Bonnet* dela Fac. de Medicină Paris).

Condiţionarea de aer se continuă şi în timpul actului operator, dar mişcarea atmosferei se face numai dealungul pereţilor, pe zona de periferie a sălei, încât toată zona unde este aşezată masa de operaţie se găseşte tot timpul într'o linişte de mişcare perfectă. Aceasta am putut-o controla personal cu o flacără care stă verticală, în linişte absolută în mijlocul sălei, iar lângă perete se apleacă pe o parte. In acest timp ventilatorul helicoid aşezat pe conducta de evacuare aspiră şi evacuiază aerul uzat către exterior.

Umiditatea aerului, care se exagerează în timpul cât se operează, prin transpiraţia chirurgului şi ajutoarele sale sau de bolnav este imediat corectată prin absorbţia pe bateria refrigerantă, în acelaşi timp ventilatorul pus în funcţiune şi germenii cari tind să cadă pe sol sunt prinşi şi conduşi în afară pe condensator.

Ceeace am observat cât timp am stat în sala de operaţie de la Landy a fost senzaţiunea că respir incontinuu un aer proaspăt de dimineaţă, în timpul verei. Chirurgul, ajutorul, bolnavul, toţi vioi şi neobosiţi. L'am vizitat pe *dr. Mastmonteil* executând o operaţiune de lungă durată, (un dublu grefonaj vertebral şi sacro-iliac) fără o boseală, uşor. Am avut aceeaşi senzaţiune de linişte şi calm ce atunci când văd o operă de artă sau aud un mare muzicant. Nici o sforţare, nici o oboseală.

Dr. Mastmonteil publică recent (în «Presse medicale» din 15 Martie 1939) observaţiunile sale în ceeace priveşte rezultatele operaţiunilor executate în acest mediu aseptizat:

1) *plăgile fac o cicatrizare în cele mai bune condiţiuni;*

2) *complicaţiunile gastro-intestinale sunt rare, eliminaţiunile de gaz se fac mult mai regulat;*

3) *diminuarea flebitelor;*

4) *complicaţiunile pulmonare rare ;* bolnavii respiră un aer pur şi nu transpiră în timpul operaţiunii.

Dintre ambele metode expuse pentru sterilizarea sălilor de operaţii : cea chimică şi cea fizică, cred, că ultima este de preferat.

Ceeace a realizat *Masmonteil-Flicoteaux* este incontestabil un progres enorm în problema mediului operator. Mica uzină montată în peretele sălii de operaţie, manipulată cu o uimitoare uşurinţă, oferă sălii de operaţii agreabile, aseptice, sigure pentru orice intervenţie operatorie (mai cu seamă cele osoase). Pentru operatori înseamnă o reînviere, o continuă recuperare de forţe în beneficiul operaţiilor. Oboseala şi transpiraţia sunt îndepărtate.

«Blocul operator sterilizat», creaţiunea timpurilor noastre, realizează un pas gigantic înainte în chirurgie şi nu se poate, ca atunci când va fi vorba de noui construcţiuni spitaliceşti să nu ţinem seamă de acest progres.

TRATAMENTUL ERISIPELULUI CU PRONTOSIL

de Dr. GH. MUNTEANU şi Dr. A. GALAGUŢA
Spitalul de Contagioşi din Chişinău

Prin amabilitatea casei «Bayer» am putut experimenta pe un număr de 30 bolnavi din Spitalul de Contagioşi din Chişinău, Prontosilul în Erisipel. Puţine medicamente au putut da o satisfacţie atât de mare în tratamentul acestei dermite aşa cum ne-a dat Prontosilul.

Contra acestei afecţiuni s'au putut întrebuinţa o serie întreagă de medicamente începând cu nenumărate preparate emoliente, comprese mai mult sau mai puţin iritante, pulverizaţii ne mai amintind de acele scarificaţii căzute în desuetudine sau nenumărate procedee de baraj. Tot acest arsenal de medicamente şi toate aceste manopere devin inutile prin întrebuinţarea Prontosilului.

Dintre cazurile tratate 18 au avut Erisipel al feţei şi 12 Erisipel al altor regiuni, majoritatea Erisipel al gambei.

Erisipelul feţei (Erisipel medical) cu poarta de intrare la aripele nasului, conductul auditiv extern atunci când s'a putut identifica această poartă. Din restul de 12 cazuri cu Erisipel în alte regiuni ale corpului 2 au fost chirurgicale.

Obişnuit tratăm Erisipelul prin comprese locale cu soluţie de acid boric 4 la sută şi în cazurile grave adăugăm Proteinoterapie prin injecţii intramusculare cu lapte. Dacă prezintă inconvenientul că e brutal laptele câteodată dând frisoane puternice, ridicarea temperaturei până la 41 de grade, are şi avantajul că e la îndemâna oricui. Procesul erisipelatos nu cedează însă aşa de repede cum cedează cu Prontosil.

In prezent în Spitalul de Contagioşi din Chişinău, pentru acei cari dispun, Prontosilul este medicamentul specific, ca să spunem, al Erisipelului. Dintre cazurile tratate cu Prontosil 22 au avut temperatura peste 39° atunci când am început tratamentul restul sub 38°. Chiar de a 2-a zi placa erisipelatoasă îşi schimbă aspectul, devine mai palidă şi temperatura scade de cele mai adeseori în criză. Niciodată nu au trecut mai mult de trei zile de la începutul tratamentului fără ca temperatura să nu scadă sub 37°.

Să amintim de cazul bolnavei B. Z. care face un Erisipel al feţei grav pe care îl tratăm prin comprese cu acid boric 4 la sută şi cu proteinoterapie. Tratamentul durează 8 zile. După 3 zile face o recidivă şi de data aceasta având Prontosilul la îndemână cu toate că şi această recidivă s'a manifestat cu aceleaşi simptome grave locale şi generale se vindecă după 2 zile şi nu mai recidivează.

Cazul bolnavei S. M. care este tratată la fel prin comprese cu acid boric şi proteinoterapie timp de 6 zile, care face o recidivă după o săptămână dela plecarea din spital. La intrarea din nou i s'a aplicat tratamentul cu Prontosil. Erisipelul, deşi o formă gravă, având prinsă toată faţa cu temperatura între 40—41° grade, starea generală alarmantă, cedează după trei zile şi nu mai recidivează, fiind mai mult de o lună de când a eşit din spital.

Desigur, nu se poate pune pe seama Prontosilului faptul că n'a mai recidivat Erisipelul după mai bine de 1 lună, căci acest medicament nu poate împiedeca recidivele la o boală neimunizantă. Am observat acelaş lucru ca şi la bolnavul precedent, ca şi la alte cazuri; durata tratamentului scurtată cu Prontosil. In toate aceste cazuri s'a administrat Prontosil în tablete pe cale bucală.

Am avut la îndemână Prontosil în soluţie pe care l'am utilizat la 2 cazuri de septicemie streptococică în timpul scarlatinei, dar efectul Prontosilului în septicemiile streptococice grave, atât pe cale bucală cât şi în injecţii rămâne fără nici un efect (cel puţin din observaţiile noastre asupra acestor 2 cazuri).

In concluzie Prontosilul este cel mai bun medicament pe care îl avem azi la îndemână contra Erisipelului.

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CĂRBUNE ARGINT

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC — COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE — ANTIINFECTIOS

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVI-e

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

Colyr apos isotonic pe bază de Zinc
sulf. clorh. de tetrametyltionin, aqua
hamamel. sol. adrenalină 1‰ etc.

ISOCOLYR

Nedureros — Flacon pipetă

Indicat în: Hyperaemie, Conjuctivită, Blepharită etc.
Doze: 2 — 3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre medicale trimite la cerere:
M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

Arthero-scleroză, Reumatism, Gută-diabet.

Collo-Iode Dubois

picături

Iod, acizi aminici, propantriol. Fără frică de iodism, iodurisme, alterațiuni sau intoleranță.

Copii : 5-10 picături. Adulți : 10-60 picături.

Laboratoires DUBOIS 16, Boul. Pereire, Paris 17-e

Mostre medicale și literatură la:

Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Str. Olari No. 23, București IV.

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona, papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale și literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46.

NEOHEXAL

(acid sulfosalicilic+hexametilentetramină

In infecțiunile genito-urinare
In infecțiunile generale (gripe, etc.)
Ușor solubil
Neiritant
Desinfectant puternic

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin-Britz

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek,

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

Invățământul și practica medicală în parlament

(Discurs la Mesaj [1])

de Prof. Dr. IACOBOVICI

Domnilor Senatori,
Domnule Președinte,

Constituția de la 20 Februarie 1938 permite o reprezentare legală a forțelor active ale națiunii.

Legea electorală a dat două locuri medicilor.

In numele Colegiului medicilor, reprezentat aci prin mine și profesorul Minovici, ne asociem cu pios omagiu la amintirea Reginei Maria.

Pentru medici în genere, și cu deosebire pentru cei din generația mea, Regele Ferdinand și Regina Maria sunt nu numai două simboluri de eroism, de devotament, de sacrificiu pentru națiune și umanitate, dar fac parte integrantă din personalitatea fiecăruia dintre noi.

In ceasurile cele mai grele, Ei erau lângă noi, iar după ce plecau rămâneau mai departe în sufletele noastre. Stă și azi neclintită în creerul meu apariția neașteptată a Reginei Maria, la Târgul Ocna, în timpul unei violente bombardări de aeroplane. Regina ținea în brațele Sale un copil sfârtecat de bombele inamice.

Stă neclintită imaginea Marelui Rege Ferdinand, la inaugurarea Universității din Cluj. Vorbiseră reprezentanții universităților străine, vorbise intelectualitatea noastră; a încheiat șirul cuvântărilor Regele Ferdinand. Nimeni până la Dânsul nu găsise forme mai cuprinzătoare, mai frumoase și mai plastice, pentru rolul Universităților. Niciodată și nimeni n'a fost mai mândru de Suveranul său decum am fost noi atunci.

Pentru noi, medicii din generația mea, Dinastia și Țara și existența noastră formează o singură noțiune, — și iată de ce ne asociem în totul la cele scrise de domnul raportor în răspunsul la Mesaj.

Majestatea Sa Regele Carol al II-lea promulgând Constituția din Februarie 1938, a pus capăt unei situațiuni pe care istoria o recunoaște prerevoluționară. Noi cei chemați să pregătim viitorul eram uimiți de carența autorității. Oamenii care trebuiau să exercite autoritatea în Stat ne acuzau pe noi, universitarii, de dezmățul care se producea. Era o concepțiune bizară, căci cum am fi putut avea noi vreo autoritate, atunci când Statul renunțase la toată autoritatea sa. Noi aceștia care am trăit în mijlocul flăcărilor nu ne-am mirat decât de un singur lucru, și anume că nu s'au petrecut fapte și mai grave decât cele știute. Am atribuit aceasta cumințeniei poporului român, pe care o verificasem și în cursul războiului, când armata rusească se dezorganiza, se anarhiza. Înțelepciunea Majestății Sale Regelui a pus capăt unor stări care amenințau existența acestei țări.

Dar nu numai atât. Prin imboldul pe care-L dă în toate domeniile, fața țării s'a schimbat. Noi medicii, armata păcii și a umanității, apreciem mai bine decât oricine liniștea și pacea, — și de aceea ne asociem din tot sufletul la cuvintele raportorului asupra actului istoric săvârșit de Majestatea Sa Regele Carol al II-lea.

* * *

In această epocă de mari și adânci prefaceri, medicina în genere, și practica medicală în special, sunt supuse la grele încercări.

Omul epocii noastre are un specific deosebit, datorit mijloacelor pe care știința i le-a pus la dispoziție. Transmiterea vertiginoasă a cunoștințelor, răspândirea culturii, legătura intimă de la individ — au massat, au uniformizat oamenii, și personalitatea sucombă în fața omnipotenței massei. Nu mă preocupă chestiunea din punctul de vedere social, politic sau de alt fel. Mă interesează numai din punct de vedere medical.

Progresele realizate în toate domeniile s'au accentuat și în domeniul medical. Medicina colectivă a luat o importanță din ce în ce mai mare. Grație ei, marile epidemii — acele flagele ale umanității, au dispărut. Progresului social și higienic i se datorește înmulțirea vertiginoasă a populațiilor. Statele totalitare au încadrat în mijloacele lor de acțiune problemele de biologie ale popoarelor. In anumite domenii s'a mers până la măsuri destul de îndrăznețe. Experiența va dovedi dacă unele măsuri — practicate și altădată — vor da rezultate. Fapt este, că sănătatea publică a făcut și face progrese uriașe. Limita de viață s'a dublat. Durata vieții, care înainte cu secol era de 30 de ani, a ajuns azi să fie de șaizeci pentru multe popoare europene.

Valoarea medicinii colective și preventive s'a verificat de curând și la noi. Manevrele din toamna trecută s'au desfășurat în zona cea mai expusă din țara noastră, adică în sudul Basarabiei și în regiunea Tecuci-Galați, fără să producă nici o epidemie, și cu deosebire cea exantematică. In cursul lunii Martie, atât de propice pentru orice epidemie, și mai ales pentru exantematic, s'au mișcat sute de mii de oameni de la un capăt la celălalt al țării fără a se produce nici o epidemie, deși au fost cazuri izolate.

Recunosc — și o fac cu deosebită satisfacție — marele merit al d-lui ministru General Marinescu, și trebue să recunoaștem că unitatea de comandă și-a produs și de data aceasta bunul ei efect.

Dar veți recunoaște și domniile voastre, că fără un corp medical pregătit, muncitor și conștiincios, această minune nu s'ar fi putut produce. Medicii au dovedit-o în cursul războiului și au dovedit-o și în ofensiva sanitară și o dovedesc zilnic, că știu, și pot să mențină România la nivelul țărilor celor mai bine organizate din punctul de vedere sanitar. Constatarea aceasta este o realitate pe care o recunoaște toată lumea.

Producțiunea științifică a medicinii românești este mai puțin cunoscută de marele public, dar apreciată elogios de toți cei ce sunt la curent cu progresele științei în genere, și în special cu progresele medicinii. Numele românești umplu tot mai mult paginile clasice ale literaturii medicale universale. Și pentru înțelesul tuturor aș putea repeta ceea ce spunea un ilustru reprezentant al medicinii franceze, anume: că comparativ cu populația, românii produc mai mult decât francezii. Iar un chirurg german invitat să opereze a răspuns, că nu știe nimic, ce ar putea să arate chirurgilor români.

Dar ceea ce se știe mai puțin și în străinătate, și cu deosebire la noi, este situația medicilor români și mijloacele de care dispun.

Vom cerceta în primul loc situația medicilor. Există și la noi o tendință de socializare a medicinii. Asigurările Sociale s'au extins, plafonul de asigurare s'a ridicat. Din această cauză, medicina ca profesiune liberă sufere. Asigurații nu pot avea medicul în care au încredere — lipsește libera alegere — singura capabilă să stimuleze pe medic și să-i asigure bolnavului îngrijirea cea mai bună. Libera alegere este o dogmă în cele mai multe țări unde există asigurări. Voi cita pe cele cu cea mai bună organizare: Elveția, Danemarca, Suedia, etc. Asigurările noastre au agravat situația prin aceea că recrutarea medicilor s'a făcut fie după considerațiuni politice, fie după bunul plac, de cele mai dese ori. Asigurările s'au considerat stat în stat și au refuzat sistematic să se supună legilor generale de recrutare, în vigoare, și care erau obligatorii. Ceva mai mult, asigurările exploatează în chip inuman pe medici.

Iată câteva cifre de salarii din București: medic chirurg consultant trecut prin toată erarhia, fost intern, secundar și având concurs de medic primar plătit cu 4400 lei lunar. Majorita-

---

1) *Discurs ținut la Senat 21 Iunie 1939*

tea, au între 2000 şi 3000, sunt şi favoriţi cari încep dela 8000.

Care a fost rezultatul acestei exploatări? Medicul nu poate trăi din leafa pe care o primeşte de la asigurări, şi atunci trebue să mai aibă 2-3 funcţiuni pentru a-şi complecta strictul necesar. Rezultatul este, că medicul nu are nici timpul şi nici posibilitatea să îngrijească asiguraţii şi aceştia sufăr. Asigurările au crezut că soluţionează problema înmulţind numărul medicilor într'o proporţie uriaşă. Prin această măsură, asigurările au absorbit un număr enorm de medici, iar satele au rămas fără medici.

Exploatarea medicilor se practică de toate insituţiunile de aşa zisă asistenţă. Eforia Spitalelor Civile plătea înainte de război un Efor, un medic primar, cu 500 de lei aur pe lună. Astăzi, eforul are zece mii, iar medicul primar opt sute.

Aşezămintele Brâncoveneşti plăteau astfel:

	La 1915	1938
Epitrop	500 lei	15.000
Director	1800 »	26.300
Inspector	600 »	20.000
Medic primar	500 »	1.750
Medic şef divizie	400 »	1.760
Medic secundar	300 »	2.810
Intern	150 »	900
Extern	50 »	750

Eu nu vreau să fac nici o apreciere de nici un fel. Voi remarca totuşi că sunt medici primari, cum este cazul meu, care sunt şi profesori universitari, deci plătiţi de stat. In genere, noi dăm leafa de la spital pentru publicaţii, pentru complectarea lefei personalului. Dar este întrebarea: poate trăi un medic secundar, care abea începe practica medicală, cu 2810 lei lunar?

Mai trebue să remarcăm, că bolnavii plătesc, iar numărul celor primiţi gratuit este foarte redus.

Din cauza personalului neplătit se produc o serie de lucruri profund regretabile.

Majestatea Sa Regele, pentru a veni în ajutorul acestor instituţii, a creat Fondul Cultural Regele Carol al II-lea. Fondul aceta este asigurat printr'o rentă perpetuă în valoare de un miliard trei sute de milioane, cu o dobândă de 4%. Din acest fond, destinat exclusiv pentru trebuinţele clinicilor. Eforia are un venit de douăzeci de milioane şi Brâncoveneasa de opt. Acest fond, creat încă de la 1 Ianuarie 1938, ar trebui utilizat de Facultatea de Medicină din Bucureşti.

Exploatarea corpului medical a redus medicii la starea de sclavie. In situaţia în care sunt azi medicii la cele mai multe instituţii, i-am putea numi *sclavii în alb.*

Rezultatul acestei degradări a profesiunii medicale este diminuarea necontenită a numărului medicilor. România de azi nu are decât un sfert din numărul de medici necesar. Cei opt mii opt sute de medici nu pot face faţă trebuinţelor ţării.

Se va obiecta imediat, că dacă lipsa de medici este aşa de mare, cum se face că facultăţile de medicină au limitat locurile? Limitarea s'a făcut din cauza lipsei de localuri şi de mijloace pentru a primi mai mulţi studenţi. Nu putem primi oamenii, pe care ştim bine că nu-i putem instrui. Lucrul acesta este periculos oriunde, dar cu deosebire într'o profesiune în sarcina căreia cade păstrarea celui mai mare bun al omului: viaţa.

Vechile noastre facultăţi de medicină au fost adăpostite în mod provizor, de la înfiinţarea lor, în localuri improprii. La sfârşitul veacului trecut s'a cumpărat un loc la Cotroceni, unde urma să se facă clădirea Facultăţii de Medicină. Pe acest teren s'a construit un singur pavilion destinat pur şi simplu anatomiei. La terminarea acestuia s'a instalat acolo în mod provizoriu întreaga facultate de medicină. Provizoratul acesta durează şi acum. Aşi menţiona, că la Paris s'a construit în acelaş timp un local identic. Insă de trei ani guvernul francez a pus în lucru un nou local pentru facultatea de medicină.

Invăţământul clinic a fost adăpostit, tot în mod provizoriu, în spitalele existente atunci ale Eforiei, Spiridoniei şi Aşezămintelor Brâncoveneşti. Din această cauză învăţământul clinic a suferit în mod permanent. Clinicile noastre au fost lipsite de utilajul necesar pentru cercetarea ştiinţifică, iar dotările pentru îngrijirea bolnavilor sunt prea restrânse. Majoritatea localurilor sunt vechi şi improprii atât pentru învăţământ cât şi pentru îngrijirea bolnavilor.

Această situaţie s'a agravat în ultimul timp deoarece prin extensiunea luată de asigurări, prin crearea necontenită de servicii medicale proprii fiecărei instituţiuni, precum căile ferate, poşta, Banca Naţonală, etc., încep să lipsească bolnavii.

Facultăţile noastre de medicină nu primesc de ani de zile nici un ban pentru cheltuelile lor. Minimele sume de care dispunem sunt cele provenite din taxele studenţeşti. Cu aceste sume nu se poate face faţă nici celor mai elementare trebuinţe. Cu localuri insuficiente, cu material ştiinţific redus la cea mai simplă expresie, nu putem prepara şi nu putem primi decât minimul acesta de patru sute, din care nu termină facultatea decât circa 200 de studenţi. Numărul acesta de medici noui nu acopere pierderile suferite prin decese, pensionări, părăsirea profesiunii, etc.

Pentru soluţionarea acestei crize, noi am propus mai de mult crearea unui impozit sanitar. Dacă este justificat un impozit pentru drumuri; dacă este justificat un impozit pe călători pentru îngrijirea ceferiştilor, nu vedem dece n'ar fi justificat un impozit sanitar.

S'ar face în mod generalizat o asigurare mutuală de viaţă, aşa cum s'a făcut în Italia pentru tuberculoză.

Prin crearea resurselor necesare s'ar putea realiza şi unificarea întregului serviciu sanitar. Prin unificare s'ar putea obţine, cu mijloace mai reduse, o acţiune sanitară cu mult mai eficace.

S'a văzut în cursul războiului nostru, cât de util a fost directoratul sanitar pus sub conducerea marelui Cantacuzino. Marea ofensivă sanitară organizată de domnul ministru Marinescu cu rezultate atât de frumoase şi de interesante s'a putut efectua graţie fericitei întâmplări că d. ministru al sănătăţii este în acelaş timp şi şeful Serviciului Medical Militar. Prin unificare s'ar face o imensă economie de personal şi s'ar împiedica acumularea de instituţii, acolo unde nu este nevoe de ele, şi lipsa lor complectă acolo unde sunt strict indispensabile.

Profesiunea medicală, în afară de salarizare şi de instituţii, sufere şi de o desconsiderae puţin meritată.

Incepând de la profesorul de facultate şi terminând cu ultimul medic de circumscripţie, toţi suntem supuşi unei tutelări incompatibile cu studiile şi cu rolul nostru. O singură pildă. S'a creat fondul cultural Regele Carol al II-lea. Acest fond este destinat învăţământului clinic. S'au încasat şi cheltuit până acum circa cincizeci de milioane. Profesorii de clinică de la Iaşi şi Bucureşti nici n'au fost întrebaţi, măcar de formă. La Cluj, clinicile sunt administrate de profesori şi va recunoaşte oricine că sunt bine administrate.

Şi dacă noi, profesorii de facultate, n'am fost întrebaţi ce să se facă cu banii noştri, înţelege oricine ce se petrece la asigurări, judeţe, comune, etc.

Ni s'ar putea obiecta că nu avem calităţi de buni administratori; se poate totuşi constata că nici în timpul războiului şi nici de atunci încoace, n'a ars nici un depozit sanitar şi nici un medic n'a fost condamnat pentru însuşire de bani publici.

Este adevărat că d. Ministru Marinescu a aplicat o serie de sancţiuni, cu deosebire la început. Acele sancţiuni au fost deseori bine meritate. Vina însă nu era a medicilor, căci într'o ţară unde profesorul nu era la şcoală; unde preotul nu era la biserică; unde majoritatea slujbaşilor făceau orice, numai slujbă nu, şi unde nu era nici o autoritate şi nici o sancţiune, câţiva medici au lipsit de la îndatorirea lor. Dar dacă sancţiunea meritată este necesară, e tot atât de necesar şi presti-

giul medicilor. Ca raportor în Senat am luptat ca prin legea sanitară din 1930 să se scoată medicii de sub servitutea politică. Eram îngrozit de cele ce se petreceau atunci. Şeful meu de clinică voind să ocupe în mod provizoriu un loc de medic de spital, ministrul sănătăţii de atunci l-a trimis la un preot, şeful organizaţiei politice din localitate. Cuviosul părinte i-a găsit o serie de defecte, între altele şi pe acela că nu putea depune suma cerută pentru nevoile locale ale partidului. Atunci am scris articolul «Ministerul Sănătăţii Publice este o primejdie».

Trebue să recunosc, că de la 1930 lucrurile s'au îndreptat în parte. Totuşi şi astăzi, ca şi în toate timpurile, medicul — ca să-şi poată exercita misiunea — are nevoe, pe lângă cunoştinţe şi experienţă, cu deosebire de prestigiu şi de libertate.

Nu se poate ca în exercitarea celei mai grele dintre profesiuni să existe cătuşe. Autorităţile care au sub puterea lor pe medici să nu creadă că transformându-i pe aceştia în robi îmbrăcaţi în alb, îşi servesc instituţiile pe care le conduc vremelnic. Robia n'a dat nicăeri şi niciodată nimic.

Domnule Preşedinte,

Domnilor Senatori,

Cuvântarea mea se deosebeşte de ceea ce obişnuia altădată în discuţii, cu această ocazie. Odinioară lumea se simţea bine să împartă pe oameni şi să-i facă să uite necazurile. Parlamentul actual are altă structură, are altă bază şi urmăreşte alte ţeluri. S'a dorit ca toate forţele vii ale naţiei să fie reprezentate aci, iar acei care le reprezintă să se ocupe de nevoile celor pe care îi cunosc şi de problemele pe care le trăesc.

Numai aşa se va face sinteza necesităţilor, pentru menţinerea şi propăşirea naţiei.

Şi cred că nu exagerez, când pun în fruntea necesităţilor sănătatea naţiunii.

BIBLIOGRAFII

L Baldenweck, Oto-Rhino- Laryngologie (3-ème Edition avec 83 figures)—Collection les «Petits Précis» *Maloine éditeur* 18 fr

Această a treia ediţie a fost îmbogăţită cu noţiuni elementare de Trache-Broncho-esofagoscopie, necesare tuturor acum când colaborarea între medic şi specialist s'a dovedit absolut necesară.

Simptomele cele proeminente şi caracteristice, terapeuticile de urgenţă, tratamentele susceptibile de a fi instituite de orice practician sunt tratate şi ilustrate cu figuri simple şi clare.

Este, în rezumat, un volumaş esenţialmente practic şi uşor de consultat.

CÂTEVA NOTE DE IGIENĂ MINTALĂ

Cu prilejul Conferinţei europene de la Lugano (4—6 Iunie 1939)

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Ideea plină de originalitate, atunci când a fost lansată, — a Igienei mintale, a avut o evoluţie lentă dar sigură, pentru că reprezenta un adevăr şi corespundea unei necesităţi individuale şi sociale.

Istoricul desvoltărei acesteei idei este cunoscut: Un tânăr americtn Clifort Beers face o boală mintală în tinereţe.

După o suferinţă destul de intensă, se vindecă şi-şi reia ocupaţia în 1906.

Adânc impresionat de boala sa şi de modul destul de primitiv în care a fost îngrijit, Beers începe o mişcare pentru ameliorarea condiţiunilor în cari funcţionau spitalele de psihiatrie.

Acţiunea lui Beers a avut ca prim efect în America, o foarte însemnată ameliorare a asistenţei medicale a boalelor mintale. Aceasta se datora, pe deoparte, sentimentelor umanitare pe cari propaganda lui Beers ştiuse să o pună în mişcare. Dar pe de altă parte, autorităţile publice nu mai puteau neglija un domeniu în care se obţin reezultate atât de impresionante. Insuşi Beers, omul de energie şi de intensă acţiune, este un bolnav care s'a vindecat, fapt pe care l'a descris în cartea sa «O minte care se regăseşte».

Deci, în bună logică, autorităţile locale şi generale, au căutat să organizeze instituţii bine dotate pentru îngrijirea acestor bolnavi, cari se pot vindeca, într'o proporţie oarecare.

Curând însă acţiunea lui Beers a evoluat către o concepţie cu mult mai largă, aceea a prevenirei boalelor mintale. Această înlănţuire de idei era nu numai logică, dar şi foarte naturală, întrucât tocmai în acea epocă se făceau progrese însemnate în profilaxia boalelor contagioase, graţie avântului pe care-l luase cercetările ştiinţifice, în domeniul bacteriologiei şi imunităţei.

Noua idee de prevenire a boalelor mintale a câştigat repede atenţia autorităţilor americane nu numai din motive umanitare dar şi pentru argumente strict economice. In adevăr, spitalele de psihiatrie costau, din ce în ce mai mult, prin înmulţirea şi perfecţionarea lor. Deci prevenirea boalelor mintale, oricâte eeforturi materiale ar cere, merită toată atenţia, *dacă poate duce la rezultatele dorite.*

In aceste condiţiuni, lupta pentru Igiena mintală a luat în America un avânt din ce în ce mai mare, ajungând la rezultate foarte interesante.

Americanii, în frunte cu Beers, au ţinut să împărtăşească lumii întregi rezultatele bune la cari au ajuns şi în acest scop au organizat un prim congres internaţional de Igienă mintală.

Pentru ca reuşita să fie asigurată Americanii au invitat din fiecare ţară unul sau doi delegaţi, cărora le-au oferit cheltuelile de drum. In aceste condiţiuni, cele mai îndepărtate ţări au putut fi bine reprezentate.

După acest congres şi graţie lui, mişcarea de Igienă mintală a fost iniţiată în toate ţările civilizate.

Pentru ca problemele să poată fi examinate periodic şi progresul Igienei mintale să fie asigurat în Europa, s'a hotărât să se ţină anual, reuniuni cari să întrunească specialişti din diferite ţări.

Prima reuniune s'a ţinut în 1934 la Paris, continuând în anii următori la: Londra, Roma, Paris, München şi acum, în Iunie, la Lugano.

Participând la această ultimă conferinţă, socotesc interesant să notez câteva din chestiunile discutate şi să arăt apoi, cari sunt directivele de viitor ale Igienei mintale aplicate.

Probabil, sub influenţa tensiunei spirituale care a domnit în Europa, în ultimul an, ameninţând de atâtea ori cu deslănţuirea războiului, — medicii elveţieni au pus ca temă principală a conferinţei: «*Comprehensiunea mutuală şi Igiena mintală*».

Desigur că, dacă popoarele s'ar înţelege între ele, asupra tuturor problemelor, războiul ar fi înlăturat, prin inutilitatea lui. Şi dacă toţi oamenii s'ar înţelege între ei, am trăi o viaţă perfect armonioasă, într'o societate ideală.

Elveţienii au pus problema, cu speranţa că Igiena mintală ar putea contribui, prn aplicaţiile ei, la această armonie socială şi internaţională pe care fiecare o dorim, dar cu toţii, la un loc, suntem în imposibilitate să o realizăm.

Tema pusă, n'a putut fi, în nici un fel soluţionată, mai ales în efectele ei îndepărtate către cari mergeau gândul tuturor participanţilor: — pacea universală între popoare şi cordiala pace socială în sânul aceleaşi ţări.

Nu este mai puţin adevărat, că punerea în desbateri a acestei probleme, a ocazionat prezentarea unor rapoarte foarte interesante.

Astfel, d-rul Repond, preşedintele Conferinţei, a expus chestiunea din punct de vedere filosofic.

Profesorul Kretschmer (Germania), a arătat cari sunt bazele biologice ale comprehensiunei mutuale, mai ales din punct de vederee al comportamentului social.

Profesorul Ley (Belgia), a vorbit

despre bazele psihologice ale comprehensiunei mutuale, lăsând să se întrevadă toate dificultăţile pe cari le întâmpină rezolvarea problemei pe acest teren.

Trecând dela examinarea generală a chestiunei, la o analiză psihologică individuală a fenomenului de comprehensiune mutuală, d-rul Minkowski (Paris) şi profesorul Claparède (Geneva), au adus o însemnată contribuţie în studierea acestui fenomen.

Dar oricât de interesante au fost ideile expuse, oricât de înalt a fost nivelul discuţiunilor urmate, nu este mai puţin adevărat că problema comprehensiunei mutuale rămâne supusă aceloraşi variabilităţi şi în aceeaşi nesiguranţă.

Lucrul mi se pare, de altfel, foarte natural.

Din cauze multiple, foarte deseori, conştiinţa individuală devine teatrul unor conflicte interioare destul de intense, pe cari psihiatrii le lămuresc şi le vindecă destul de greu. Deci înţelegerea cu tine însuţi nu este totdeauna foarte uşor de făcut.

Comprehensiunea mutuală din viaţa socială întâmpină şi mai mari dificultăţi, din cauze numeroase, cari ţin la structura psihologiei omeneşti şi la spiritul de combativitate care este una din însuşirile indispensabile vieţei, în general.

In fiecare zi vedem conflicte sau cel puţin neînţelegeri între oameni de aceeaşi vârstă, de aceeaşi situaţie morală şi materială, de aceeaşi cultură, de aceeaşi rasă şi uneori, din aceeaşi fmilie.

Dacă nu se poate realiza o perfectă comprehensiune mutuală, în aceste condiţiuni, cum putem spera că ea se va putea înfăptui între naţiuni diferite, cu interese antagoniste şi cu ambiţii divergente?

De aceea socotim că reuniunea de anul acesta dela Lugano, a abordat o temă foarte interesantă din punct de vedere ideologic, dar insolubilă din punct de vedere practic.

Ambianţa Elveţiei cu cele trei naţiuni cari trăesc într'o perfectă armonie, cu peisagiile splendide, cu viaţa paşnică şi confortabilă, constituia, cel puţin la prima vedere, un cadru foarte potrivit pentru discuţiunile urmate şi un argument că ele ar putea duce la unele rezultate.

Suntem însă, aşa de departe, de realizarea unei perfecte înţelegeri între toate popoarele lumii, încât este poate mai practic să abordăm probleme mai mici, dar cari pot găsi o soluţionare mai apropiată.

Aceasta cu atât mai mult, cu cât suntem convinşi că această nouă disciplină nu poate aduce serviciile însemnate, la cari avem dreptul să sperăm, decât atunci când ea va trece dela preocupări abstracte, la aplicaţiuni sistematice

De aceia, Igiena mintală trebuie să iasă, cât mai curând, din domeniul discuţiunilor teoretice şi normele la cari s'a ajuns, să fie aplicate pe o scară largă, — pe plan social şi cu mijloacele puternice pe cari organizaţiile de Stat le au la dispoziţie.

După cum Igiena generală, cu aplicaţiunile ei multiple, s'a desvoltat din cercetările bacteriologice, aducând servicii imense vieţii sociale, tot astfel Igiena mintală, plecând dela stadiul ei actual, operă înfăptuită de psihiatri, trebue să-şi croiască o cale nouă de rodnică activitate.

Credem că această temă va trebui discutată în reuniunea cea mai apropiată a comitetului european de Igienă mintală.

Vom face propuneri, în acest sens,— la timp. Până atunci însă, vom schiţa, în câteva rânduri, preocupările esenţiale pe cari Igiena mintală aplicată, va trebui să le aibă în vedere.

I. Prevenirea boalelor mintale.

Scopurile Igienei generale de profilaxia boalelor infecţioase şi de prevenirea oricărei stări patologice printr'o viaţă igienică, din punct de vedere material, vor trebui urărite tot atât de sistematic, în domeniul Igienei mintale. Ea însă va activa concomitent, atât pe terenul material, cât şi pe cel spiritual.

Profilaxia boalelor mintale este astăzi posibilă, graţie progreselor realizate de ştiinţă. Lupta va fi tot atât de grea ca şi în combaterea boalelor sociale, întrucât majoritatea sindromelor psihice intră în această categorie.

In orice caz, este un adevăr indiscutabil că boalele mintale de etiologie toxică şi infecţioasă se pot înlătura. Este probabil că multe din boalele constituţionale se pot preveni prin măsurile de eugenie şi în numeroase cazuri incipiente, se poate evita o evoluţie gravă, printr'o continuă supraveghere medicală.

Deci primul capitol în care Igiena mintală trebue să activeze intens şi sistematic, este acela al prevenirei boalelor mintale.

II. Urmărirea desvoltărei şi activităţei psihologice a copiilor

Urmărirea desvoltărei psihologice a copiilor, trebue să se facă tot atât de sistematic şi de perseverent, cum se face aceea a desvoltărei lor fizice.

Iar igiena muncii intelectuale trebue să fie tot atât de atent dirijată ca şi igiena generală, a cărei precepte se învaţă continuu şi se aplică astăzi fără discuţie.

Pentru a realiza o bună igienă a muncii copiilor şi adolescenţilor, ea trebue dozată ca intensitate, ca durată şi ca directive, în raport cu însuşirile generale ale fiecărei persoane.

De aceea orientarea copiilor către îndeletnicirile pentru cari au mai multe însuşiri, constitue o operă foarte utilă şi este absolut necesară pentru a asigura o bună desvoltare şi o normală evoluţie fiecărui individ.

Pentru aceste motive, orientarea profesională a copiilor, trebue făcută la sfârşitul cursului primar, după patru clase gimnaziale şi la terminare liceului, pentru cei cari au făcut studii mai înalte.

In afară de aceasta, socotim că este foarte util să asociem preocupărilor de igienă mintală, chestiunea selecţionărei viitoarei elite intelectuale a ţării.

In adevăr, credem că nu se mai poate lăsa selecţionarea claselor conducătoare, numai iniţiativei individuale, legată adeseori de posibilităţi materiale şi de ambiţii familiare.

De aceea propunem ca studiul evoluţiei psihologice a copiilor, în vederea igienei mintale, — să dea o atenţie deosebită, — copiilor bine dotaţi. Aceştia vor fi dirijaţi către studii superioare, copiii săraci fiind susţinuţi de Stat.

La sfârşitul liceului, evoluţia elevilor fiind sistematic urmărită în cursul şcolarităţei, ei vor fi sfătuiţi să se îndrepte către profesiunile pentru cari au într'adevăr, vocaţie.

III. Igiena mintală în societete

Psihologia individuală are desigur, o mecanică foarte complexă. Liniile mari pe cari ea evoluează sunt totuşi cunoscute şi generale. Pe această bază s'au putut stabili anumite norme de igienă ale activităţei spirituale, a căror aplicare poate contribui la organizarea unei mai bune vieţi individuale şi colective.

Este nu numai necesar, dar obligator ca normele Igienei mintale să găsească o cât mai largă aplicare şi pe acest teren.

* * *

Inainte de a încheia, îmi să atrag atenţia asupra următoarei chesituni:

Iar marea majoritate a ţărilor europene, Igiena mintală constitue o preocupare a psihiatrilor. Câmpul lor de activitate este însă, prea restrâns pentru a putea da iniţiativelor extinderea şi amploarea pe cari o comportă.

De aceea credem că Igiena mintală trebue încadrată cât mai repede, ca o parte a Igienei generale.

Această vastă disciplină urmează să examineze atât problemele de igienă individuală cât şi cele de igienă colectivă, sub dublul aspect: material şi psihologic. Se înţelege că psihiatrii vor juca — pentru sectorul lor — un rol tot atât de important ca şi bacteriologie pentru depistarea şi studiul boalelor epidemice.

Incadrându-se astfel, suntem convinşi că Igiena mintală îşi va putea ajunge cu mult mai repede, ţelurile înalte şi utile pe cari le urmăreşte.

Intestinol

Pancreas. Duoden. Bilă. Carbo. anim.

Turburări digestive. Balonare.
Flatulenţă. Dispepsie intestinală.
Umflarea diafragmei (Roemheld).
Catar putrid.

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în timpul meselor.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

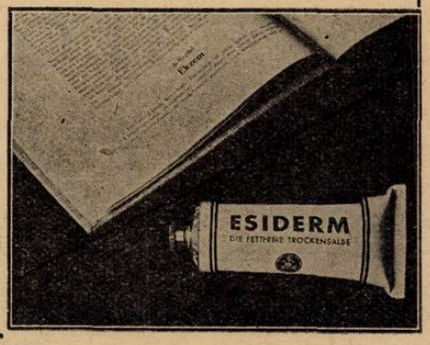
ESIDERM

ZnO., Talc, Terr. Silic, Glicerină, Aqua dest.

Pastă uscată cu apă

Toate eczemele pe piele grasă mai ales la seboreici. — Piele intolerantă la grăsimi. — Acnee, vulg., rosacee. Dermatite (numai uşor zemuinde)

Pe când la pacienţii trataţi cu pomezi grase se ajunge repede la o blocare a secreţiei şi la retenţii şi astfel la o întârziere a vindecărei, tratamentul uscat cu Esiderm produce o scădere a fenomenelor congestive şi o vindecare rapidă. Se întinde în strat uniform şi se usucă după scurt timp. Un pansament nu este necesar. — Esiderm-ul se şterge cu apă. — Tub. 40 g.



Desitin-Werk Carl Klinke, Hamburg 19
Codex S. A. R, Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

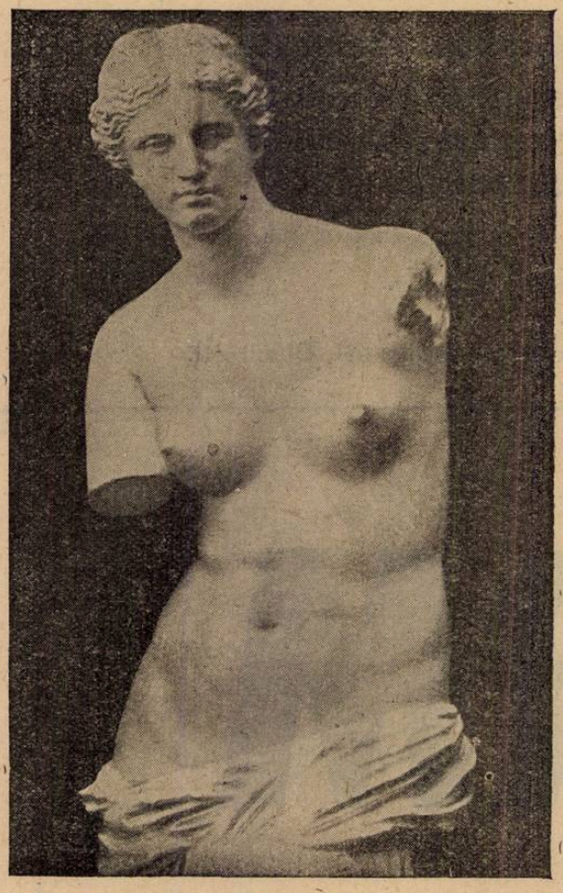
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare. Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2.80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România
„CENTRA"
Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05 21

Al IV-lea Congres Național de Tuberculoză

Cernăuți 27, 28, 29, Mai 1939

de Dr. M. NASTA

Din 1931, când s'a ținut primul congres național de tuberculosă, fie care din ele a însemnat o etapă în lupta pornită par'că într'un ritm din ce în ce mai viu în contra tuberculozei.

Astfel la cel dintâiu, Inaltul patronaj pe care M. S. Regele l'a acordat congresului ca și neprețuita cinstire de a participa în persoană la ședința solemnă de deschidere, erau mărturia interesului ce însuși Suveranul țării, înțelegea să-l arate luptei antituberculoase interes care, câțiva ani mai târziu se traducea prin acceptarea prezidenței active a «Ligei Naționale contra Tuberculosei».

Tot la acest prim congres, Profesorul Cantacuzino, președinte și în același timp Ministru al Sănătății, anunța înființarea Loteriei de Stat, ale cărei venituri urmau să alimenteze, și au alimentat de atunci, nevoile armamentului antituberculos.

La al doilea congres dela Cluj, în 1993, tot Profesorul Cantacuzino propunea o moțiune exprimând dorința de a reuni toate organizațiile de luptă antituberculoasă sub o unitate de conducere, o Ligă Națională contra Tuberculozei.

In 1935, la congresul dela Iași, d. dr, Costinescu, ministrul Sănătății și vice președinte al Ligei, recent înființate, putea să anunțe programul de realizări, în mare parte începute, pentru ca la al 4-lea congres, ținut la Cernăuți în zilele de 27, 28 și 29 Maiu să aducă la cunoștința, de astădată, nu un program cu o expunere a numeroaselor înfăptuiri, cari de atunci încoace au sporit puterea armamentului antituberculos.

De astădată lupta antituberculoasă, încadrată în recenta ofensivă sanitară care din îndemnul și sub energica îndrumare a d-lui medic general dr. N. Marinescu, Ministrul Sănătății, s'a desfășurat în toată țara, își vedea eficacitatea sporită la o amploare, neatinsă încă până acum, prin intensa acțiune de depistare întreprinsă cu această ocazie.

In asemenea condițiuni, era firesc ca și de astădată interesul pentru congresul național de tuberculoză, să depășească cercurile pur medicale pentru a avea un larg răsunet în toate straturile sociale.

Onorat cu prezența d-lui ministru al Sănătății, a d-lui dr. Costinescu, vicepreședintele Ligei Naționale contra Tuberculosei, din partea autorităților locale au ținut să participe la solemnitatea închiderii d-nii Gh. Flondor, rezident regal al ținutului Suceava, I. P. S. S. Mitropolitul Bucovinei, d. N. Flondor, primarul Cernăuților, d. profesor Hackman, prorectorul Universității din Cernăuți, general Dimitriu, comandantul diviziei a 8-a, d.. dr. Gh. Banu, directorul Serviciului Social, profesorii Bălteanu și Popoviciu, reprezentând facultățile de medicină din Iași și Cluj și reprezentanții diferitelor asociații culturale și de binefacere din Cernăuți.

A făcut o deosebită impresie cuvântarea I. P. S. S. Mitropolitului Visarion al Bucovinei, atât prin înălțimea sentimentelor și ideilor exprimate cât și prin generoasele donații făcute Ministerului Sănătății, sub formă de locaturi și înzestrări de locaturi pentru scopuri sanitare, pe cari le-a anunțat cu această ocazie.

Dar dacă, fără îndoială, aceste congrese reprezintă un moment binevenit de a face un bilanț al înfăptuirilor trecute și o enunțare a proectelor de viitor, dacă nu mai puțin important este rolul lor de sensibilizare a opiniei publice și de întreținere a unui interes mereu treaz pentru marea problemă a tuberculozei, nu e mai puțin adevărat că fiecare din ele trebue să aducă o contribuție la cercetarea și lămurirea a uneia sau mai multe dintre problemele epidemiologice, sociale, biologice sau clinice din vastul domeniu, în parte încă așa de puțin cunoscut al tuberculozei.

Astfel după cuvântările rostite la ședința de deschidere, *d. dr. Irimescu*, președintele congresului a ținut o documentată conferință asupra «Folosului diagnosticului timpuriu al tuberculozei» dovedind că pronosticul boalei și succesul tratamentului sunt în primul rând și mai ales în funcție de precocitate a diagnosticului și instituire timpurie a tratamentului.

In ședințele de lucru au fost prezentate următoarele rapoarte și corapoarte: 1. *«Tuberculoza în mediul rural în România»*; 2. *«Turburările metabolismului în Tuberculoză și metodele terapeutice menite să le influențeze»*; 3. *«Tuberculoza laringelui»*; 4. *«Rolul sorei de ocrotire în lupta antituberculoasă»*.

Vom reda în cele ce urmează un scurt rezumat al rapoartelor și corapoartelor prezentate.

Primul raport a fost prezentat de *Prof. M. Ciucă* și *dr. M. Nasta*. Tuberculoza în mediul rural este o problemă de o covârșitoare importanță mai întâiu fiindcă populația României este în mare majoritate rurală: din 19.420.660 locuitori. 15.816.685 sunt săteni și numai 3.605.975 orășeni, în al doilea rând fiindcă astăzi e unanim recunoscut de toți epidemiologii că pe câtă vreme în țările industriale în general și la orașe în special tuberculoza este într'o rapidă descreștere, țările agricole și în aceleași țări regiunile rurale sunt acelea unde această scădere a endemiei tuberculoase se manifestă mai puțin. Astăzi, contrar credinței generale se constată că tuberculoza, până nu de mult cunoscută mai ales ca boală a orașelor tinde să devină din contra o boală a satelor.

Explicația stă în aceia ca pe câtă vreme progresele civilizației în general, și ale stării economice pe de o parte și ale higienei publice pe de altă au fost foarte rapide și importante la orașe, viața satelor a rămas din multe puncte de vedere tot atât de rudimentară ca în trecut. Viața rurală e caracterizată prin surmenaj, subalimentație lipsă totală de igienă a locuinței asistența medicală insuficientă.

In țările cu structură economică mixtă, agricolă și industrială, soarta populației rurale e mai bună, industria absorbind surplusul de brațe și înpiedicând astfel acea suprapopulație rurale care este proporția țărilor exclusiv agricole cum sunt acelea din Sudestul european din care facem și noi parte.

Consecința acestei stări de inferioritate economică a țărilor pur agricole este printre altele și marea morbiditate și mortalitate tuberculoasă care le caracterizează. Pe când această mortalitate (calculată la 100.000 de locuitori) este de 85 pentru Statele Unite; 118 pentru Belgia; 73 pentru Olanda; 87 pentru Prusia; 86 pentru Anglia ea este de 201 pentru Polonia; 197 pentru Ungaria; 210 în Jugoslavia, 206 în Bulgaria și de *180.3 pentru România* unde în fiecare an avem 34 — 35.000 de morți prin tuberculoză (după cifrele oficiale, de sigur inferioare realității,). In 1937 au fost 34.870 de morți pe toată țara, din care în mediul rural 26.804 (mortalitate 179.2 la 100.000) și 8066 în mediul urban (mortalitate 224 la 100.000).

Cum vedem mortalitate foarte mare, cu un maximum la oraș, unde ea este mai mare ca la țară, în schimb, dată fiind compunerea populației, numărul mare de morți, și deci marea răspândire a boalei se găsește la țară; problema tuberculozei la noi este în primul rând problema tuberculozei în mediul rural.

Faptul că mortalitatea la orașe este mai mare ca la țară, nu trebue să ne mângâie, căci nu se datorește unei stări prea bune sau mai bune la țară, ci numai faptului că din nefericire, la noi până acuma nici măcar starea sanitară a orașelor, care în alte părți a înregistrat atât de importante progrese, nu s'a ridicat la un nivel prea îmbucurător.

Marea mortalitate generală și în

special mortalitatea infantilă şi cea prin tuberculoză sunt o mărturie a acestei situaţii.

Ceeace este mai grav e faptul că nu numai această mortalitate este, precum am văzut, foarte mare dar că ea este atât la oraşe cât şi la sate într'o creştere continuă, (în 1933 a fost de 165.7 la 100.000, în 1937 era de 180.3), creştere care se înregistrează la ţară ca şi la oraşe.

Marea răspândire a tuberculosei este confirmată nu numai prin cifrele de mortalitate dar şi prin marea frecvenţă a infecţiei tuberculoase, decelate prin reacţia la tuberculină.

Astfel în oraşele mari, media reacţiilor pozitive la copiii de şcoală primară (7—14 ani) este de 58%, în oraşe medii de 43%, la sate de 42.5%. Precocitatea infecţiei e foarte mare căci de pe la 7—8 ani, acest procent este de 48.9; 35.5 şi 36, iar la vârsta de 14 ani atinge 78%; 66% şi 50%, aproape deci de cifra pe care o întâlnim şi la adult (recruţi) la cari găsim 73.25% reacţii pozitive în mediul urban şi 60.85% în cel rural.

Comparaţia cu ceeace se găseşte în alte ţări, ne arată toată gravitatea situaţiei, în adevăr în Statele-Unite la copii şi tineri abia 22 la% reacţionează la tuberculină, iar în Franţa dintre recruţi numai 52.1% dau reacţii pozitive.

Morbiditatea tuberculoasă este mai greu de stabilit deoarece prea multe cazuri nu sunt cunoscute, fie că nu ajung la examenul medical, fie că acesta din lipsă de mijloace technice necesare, nu poate să descopere toate cazurile. Totuşi în anchete făcute în vederea adunărei materialului documentar pentru ultimul congres, şi pentru care s'au folosit pe o scară întinsă instalaţiile radiologice transportabile, procurate de Liga în contra Tuberculozei, s'a putut preciza pentru câteva regiuni limitate şi indicele de morbiditate cu o aproximaţie destul de mare. Astfel s'a găsit că el variază la ţară între 1.5% până la 3.10%, după cum e vorba de sate mai izolate şi îndepărtate de oraş, sau în legătură mai strânsă cu oraşul; factorul economic, sate sărace sau bogate, jucând şi el un rol destul de important. Cum era deci de aşteptat şi morbiditatea s'a arătat a fi foarte mare, atunci când este cercetată cu metode eficace.

Aceasta fiind situaţia în toată gravitatea ei, rămâne să vedem cari sunt cauzele determinante şi cari sunt mijloacele de ameliorare.

Cauzele determinante sunt reprezentate prin doi factori, cel economic social, reprezentat prin situaţia economică precară a săteanului cu tot cortegiul de consecinţe, subalimentaţie cantitativă şi calitativă, locuinţă neigienică şi aglomerare în spaţii restrânse, surmenaj prin lipsă de unelte şi maşini de muncă, lipsă de cultură şi educaţie; cel medical propriu zis e reprezentat prin lipsă de asistenţă medicală — care se traduce pentru cazul special al tuberculozei, în inexistenţa unei depistări, nu numai a cazurilor precoce dar chiar a celor mai înaintate, favorizând astfel contaminarea şi lipsa aproape desăvârşită a unei ospitalizări şi deci a izolărei celor contagioşi şi a tratamentului celor curabili. Cu alte cuvinte boala se întinde în voie, nestingherită nici de cea mai modestă sau rudimentară tentativă de îngrădire, într'un mediu care îi oferă cele mai prielnice condiţii de desvoltare.

Căci dacă putem spune că la oraşe există, mai ales de câtva timp încoace, un rudiment de armament antituberculos, putem cu tot atâta tărie afirma că până acuma acest armament pentru mediul rural este egal cu zero. In adevăr astăzi există la oraşe un număr , deşi încă insuficient, dar totuşi apreciabil de dispensare, numai asigurările sociale dispunând de 24 asemenea instituţii, în Bucureşti (4) şi alte centre din provincie. Deasemènea cele 7—8000 de paturi de sanatorii la care s'a ajuns, graţie efortului realizat în ultimii ani, mai ales de către Liga Naţională contra Tuberculozei, sunt accesibile aproape exclusiv populaţiei orăşeneşti, şi numai într'o prea restrânsă măsură locuitorilor dela sate.

In ceiace priveşte primul factor, nu este de competenţa şi nici în mijloacele noastre de a aduce vreo schimbare situaţiei existente. Putem însă, şi corpul medical, nu de astăzi ci de mult şi-a îndeplinit această datorie, să semnalăm marele pericol pe care-l reprezintă pentru sănătatea poporului nostru şi pentru viitorul naţiunei starea de inferioritate economică, fizică şi intelectuală în care se află locuitorii satelor şi terenul proprice pe care-l oferă pentru răspândirea tuturor bolilor, a tuberculozei mai cu deosebire.

Ridicarea păturei ţărăneşti din starea în care se află a format dealtfel, din toate vremurile obiectul de preocupare a conducătorilor ţărei şi astăzi mai mult ca oricând, din Inalt îndemn şi cu stăruitoare energie din partea guvernului ţărei se purcede la o energică mişcare de regenerare. Problema fiind însă complexă şi condiţionată de o adevărată reformă şi refacere a întregei noastre vieţi sociale, politice şi economice, nu putem spera ca o schimbare apreciabilă să se realizeze decât în decursul anilor, când vom putea înregistra răsunetul acestor schimbări asupra stărei sanitare a populaţiunei rurale.

In ceiace priveşte însă tuberculoza, ca şi de altfel şi alte endemii, răul poate fi şi trebue atacat şi pe cale directă, prin mijloace medicale. Căci oricât ar fi de adevărat că factorul economic şi social prin răsunetul ce-l are asupra organismului, creiază un teren susceptibil de a se îmbolnăvi atunci când pe el s'a grefat infecţia tuberculoasă, nu e mai puţin adevărat că suprinmând sau diminuând isvoarele de contaminare, oricare ar fi starea terenului, îmbolnăvirea nu se mai produce.

Din toate vremurile, combaterea boalelor contagioase s'a bizuit pe izolarea celor contagioşi, tot astfel şi pentru tuberculoză izolarea celor cu leziuni deschise, şi numărul lor e mult mai mare decât se crede de oarece, eliminarea de bacili prin spută se ştie azi că e mult mai precoce decât se bănuia, este primul imperativ al luptei antituberculoase. Izolarea tuberculosului este cu atât mai importantă pentru mediul rural, cu cât s'a constatat că aci contagiunea este mai ales familială, deci foarte gravă în consecinţele ei. Condiţiile de traiu, şi în primul rând de locuinţă fac ca această contaminare să fie şi mai gravă; în adevăr pentru Jugoslavia *Cepulici* a arătat că la ţară abia 12.5% din tuberculoşii cunoscuţi aveau un pat propriu, restul de 87.5% dormind cu una sau mai multe persoane în acelaş pat.

Izolarea o vom realiza prin internarea tuberculosului, singura măsură eficace, în mediul rural, căci la condiţiunile de locuinţă pe care le cunoaştem, e uşor să ne dăm seamă că o izolare la domiciliu este o iluzie. Dacă izolarea este primul pas pentru diminuarea contagiunei, tratamentul prin închiderea leziunilor şi în parte şi vindecarea lor este a doua cale pe care realizăm acelaş scop. In fine tot prin tratament vom ajunge să recuperăm şi să redăm sănătăţei o parte din cei care au fost destul de timpuriu descoperiţi.

Din nefericire, în starea actuală a lucrurilor, nu numai la noi, dar şi în alte ţări, procentul acestora e relativ mic. Cu tot pronosticul infinit mai favorabil pe care-l are astăzi tuberculoza, când se cunoaşte şi se tratează din vreme, numărul acelora care îndeplinesc aceste condiţiuni e încă redusă. Pretutindeni ftiziologii se plâng că prea mulţi tuberculoşi încep tratamentul prea târziu, şi prea puţini pot urma acest tratament atâta vreme cât ar fi necesar pentru a obţine o vindecare temeinică.

Astăzi opera de depistare a dispensarelor, totuşi atât de importantă în ţările occidentale, e considerată ca insuficientă, şi tot mai mult se manifestă tendinţa şi se exprimă dorinţa de a generaliza examenul în serie, radioscopic sau mai bine radiografic, (în ultimul timp radiofotografia părea a da o metodă care să împace preciziunea celei de a doua, cu avantagiile e-

FARMAKO

Laborator de produse chimico-farmaceutice.

Dizolvant energic al acidului uric şi al uraţilor, pe bază de dietilendiamină.

UROPURIN „FARMAKO"

granule efervescente

Diateza urică şi artritică, reumatism acut şi cronic, arterioscleroza, hipertensiune.

1 ling. de ceai la ½ pahar cu apă de 2—3 ori pe zi.

Preparat policalcic perfect asimilabil, asociat cu Vitamina D.

FARMACALCIN „FARMAKO"

granule

Compoziţie: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan şi **vitamina D.**

Indicaţii: demineralizare, pre-şi tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofilie, astenie, convalescenţă, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulţi 3 — 4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.
Copii 1—2 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.

Gust plăcut.
Flacoane originale.

MAGNOIOD „FARMAKO"

fiole

Compoziţie: Iodură de sodiu şi thiosulfat de magnezie.

Indicaţii: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite ateromatoase, bronşite subacute şi cronice, emfizem pulmonar, astmă, nevralgie, sciatică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cutii cu 6 fiole de 5 şi 10 ccm.

„FARMACO" Laborator de produse chimico-farmaceutice

COLIBACILURIE

INFECŢIUNI URINARE
ACUTE ŞI CRONICE

MANDELIUM

Fiole BUVABILE de Mandelat de Amoniu

MEDICAŢIE
ANTISEPTICĂ ŞI ACIDIFICANTĂ

Se prescrie o fiolă imediat după fiecare din cele 4 mese

THÉRAPLIX

Toate avantagiile Regimului Cetogen
însă fără inconvenientele acestuia

PARIS-7e

Propagande medicale: «THERAPLIX» Str Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

PYRIDIUM

Antiseptic urinar

Accelerarea tratamentului în cistite, pielite, prostatite

Analgezia şi cedarea rapidă a simptomelor supărătoare urinare.

Intravenos
în infecţiunile rebele

12 Comprimate
25 Comprimate
5 Fiole
10 Fiole

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM—WALDHOF
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

LA SINUZITE ACUTE

O compresă caldă cu ANTIPHLOGISTINE aplicată peste nas şi în regiunea frontală aduce o ameliorare surprinzătoare.
Efectul descongestionant al preparatului ajută la drenajul normal şi înlătură durerea.

OTITA MEDIE

Acolo unde este de dorit întrebuinţarea căldurii în legătură cu aplicaţie glicerinată, ANTIPHLOGISTINE se dovedeşte drept un remediu de elecţie, căci întruneşte ambele cerinţe, în mod ideal.

ANTIPHLOGISTINE

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YOK. U. S. A.
„DROGUERIA STANDARD" S. A R. Str. Sft. Ionică No. 8, Bucureşti I.

conomice ale primei) al tuturor colectivităţilor, cel puţin odată, dacă nu chiar de două ori pe an, în special la vârstele mai cu deosebire expuse îmbolnăvirii. Această depistare însă nu va rezolvi decât în parte celălalt aspect al problemei, şi anume lunga durată a tratamentului care la rândul ei este în funcţie de atâţi factori, în primul rând economici. De aceia nu trebue să ne surprindă, dacă sunt autori care bizuindu-se pe date statistice susţin că factorul cel mai important care a determinat în ţările occidentului importanta descreştere a mortalităţei tuberculoase în ultimele decenii, nu a fost atâta cel terapeutic, deoarece procentul vindecărilor nu a crescut în proporţia în care ne-am fi aşteptat ţinând seamă de incontestabilele progrese ale terapeuticei, cât mai ales cel profilactic realizat prin internarea în sanatorii şi spitale a unui număr din ce în ce mai mare de tuberculoşi, şi prin reducerea posibilităţilor de contaminare care a rezultat din aceasta.

In consecinţă, ceiace trebue să urmărim este creiarea cât mai grabnică, a unui număr cât mai mare de paturi, şi pentru aceasta va trebui să le avem cât mai economice ca înzestrare şi întreţinere, pentru a putea interna şi izola pe vreme cât mai îndelungată un număr cât mai mare de tuberculoşi. Instituţia care corespunde în cea mai largă măsură acestui scop este spitalul local de tuberculoşi, cel puţin fiecare judeţ trebuind să aibă un asemenea spital cu minimum de 100 de paturi. Acest spital are următoarele avantagii: este uşor accesibil, mai ales bolnavului dela ţară, căruia nu-i impune o depărtare prea mare de familie, lucru care pentru bolnavul grav mai ales e un factor important. Fiind mai economic ca întreţinere va conveni şi pentru internarea celui incurabil, pentru care internarea în sanatoriile de altitudine este o cheltuială inutilă, din care cauză el este în general refuzat de aceste instituţii, cu toate că tocmai internarea lui este din punct de vedere profilactic de cea mai mare importanţă; în fine condus de un medic specialist va putea oferi şi cazurilor curabile posibilităţi de vindecare prin cura de repauz, alimentaţie, aeraţie şi mai ales colapsoterapie. Insistăm asupra acestui punct, fiindcă nu numai că trebue să dăm tuturor care au o perspectivă de vindecare, putinţa de a o obţine, şi că în acelaş timp terapeutica prin închiderea leziunilor şi deci suprimarea contagiunei este şi o armă profilactică, dar fiindcă experienţa a arătat că pentru a putea reţine în spital chiar pe tuberculoşii cei mai graví, cei mai înaintaţi, este necesar ca spitalul să nu aibă reputaţia unei anticamere a morţei, ci să fie şi un loc de tratament şi de vindecare.

Bineînţeles că izolarea ca şi tratamentul, vor fi cu atât mai eficace cu cât depistarea se va face mai precoce. Pentru mediul rural aceasta nu se poate face decât printr'o singură metodă, aceia a echipei mobile, conduse de un medic specialist înzestrat cu o instalaţie radiologică transportabilă. Există astăzi asemenea instalaţii excelente, pe un preţ redus, care pot fi transportate cu orice automobil, a căror eficacitate şi succes a fost cu prisosinţă dovedit cu ocazia anchetelor întreprinse în vederea congresului şi în cursul ultimei ofensive sanitare.

Cu mai puţin de 2 echipe radiologice pe judeţ, mai exact 128 de instalaţii s'ar putea face anual examenul a unei cincimi din populaţia rurală a ţărei. Dăm această proporţie de o cincime fiindcă cercetări de control făcute în cursul ultimelor anchete ne-au arătat că, dat fiind caracterul predominant familial al tuberculozei în mediul rural este suficient ca opera de depistare să îmbrăţişeze numai următoarele trei categorii de indivizi: membrii familiilor în care în ultimii ani a fost un deces cunoscut prin tuberculoză; pe aceia în a căror familie există un caz cunoscut în viaţă şi în fine familiile copiilor care reacţionează la tuberculoză. S'a dovedit că examinând numai aceste categorii au fost descoperite 91.50% din totalitatea cazurilor dintr'o comună, şi că numărul celor care intrau în aceste categorii reprezintă a 5-a parte din populaţia totală.

Iată dar că fără prea mari sacrificii băneşti, aplicând însă o metodă precisă şi bazată pe date exacte, s'ar putea realiza acest deziderat atât de important: examenul radiologic anual al tuturor celor ameninţaţi de tuberculoză.

Oricât de activă ar fi însă acţiunea de depistare şi cea de izolare, nu trebue să ne facem iluzia că vom putea izola pe toţi tuberculoşii şi pe toată durata boalei. Lucrul nici nu este indispensabil, şi nu a fost realizat nici în ţările cari au înregistrat cele mai impresionante scăderi ale endemiei tuberculoase. Ca şi pentru alte endemii, ca cea paludică de pildă, este suficient să reducem rezervorul de virus la o limită dela care încolo începe să devină maniabil, şi putem să avem o acţiune asupra lui. Astfel şi cu infecţia tuberculoasă, redusă la anumite proporţii vom putea complecta opera de profilaxie cu alte măsuri care ne stau la dispoziţie.

Primul loc, printre acestea îl ocupă vaccinarea cu B. C. G. Nu ne mai aflăm în faza experimentală, ci putem spune că am intrat în aceia a certitudinei. Eficacitatea metodei e incontestabilă, o afirmăm pe baza datelor din literatură şi pe baza experienţei dobândite în cei 12 ani de când practicăm metoda în România. La Academia de Medicină şi în Revista Ştiinţelor Medicale. (1939, Aprilie) au fost expuse pe larg rezultatele obţinute la Bucureşti unde un material de observaţie de 10 ani, cuprinzând datele privitoare la 32.509 de copii din care 1273 cu contact tuberculos, au fost supuse celei mai riguroase analize statistice. Aceste rezultate, confirmând în totul pe acelea a numeroşilor autori francezi, spanioli, americani, olandezi, norvegieni, polonezi, etc., arată că mortalitatea prin tuberculoză la noii născuţi, vaccinaţi, trăind în mediu contaminant, este de 5 până la 10 ori mai mică decât aceia a celor nevaccinaţi. Mai mult decât atâta, cercetări riguroase făcute la noi în ţară, în Franţa, Spania şi Statele Unite, au arătat că până la vârsta de 10 şi chiar 15 ani, proporţia cazurilor de tuberculoză activă sau latentă este incomparabil mai mică printre vaccinaţi ca printre martori. Totul ne permite să presupunem, socotind că infecţiilor contractate în copilărie le revine o parte importantă în originea îmbolnăvirilor care survin în tinereţe, că şi pentru această epocă soarta vaccinaţilor va fi favorabil influenţată de vaccinarea practicată la naştere. In fine, pentru preîntâmpinarea infecţiilor care s'ar produce abia la această vârstă, vaccinarea subcutanată a tinerilor anergici oferă noi perspective de lărgire a sferei de acţiune profilactică a vaccinării.

Vaccinarea antituberculoasă a ieşit din faza experimentală, eficacitatea ei este indiscutabilă atât ca acţiune imediată cât şi ca acţiune îndepărtată, generalizarea ei se impune. Astăzi vaccinăm 71.000 din cei 524.000 de copii care se nasc în mediul rural; trebue să ajungem să-i vaccinăm pe toţi.

Prevenirea boalei de asemenea se poate face astăzi după criterii mult mai precise şi cu metode de o eficacitate incontestabilă. Astfel se atribue acuma o deosebită importanţă momentului şi condiţiilor în care se contractă infecţia şi în consecinţă se recomandă o supraveghere atentă şi chiar un tratament penventiv printr'o cură de repaus moderată, a tuturor acelor, care au contractat recent infecţia, lucru care poate fi descoperit prin reacţia la tuberculină repetată în mod periodic, odată, sau chiar de două ori pe an, la vârstele critice cum ar fi de pildă adolescenţa.

E de la sine înţeles că tot acest armament profilactic şi curativ nu poate funcţiona decât animat de un corp medical specializat bine pregătit, şi cu concursul tuturor medicilor posedând un minimum de cunoştinţe de specialitate. Un învăţământ de specialitate fie în cadrul şcolarităţei universitare, fie ca un învăţământ complimentar pentru medici se impune ca o imperioasă necesitate.

Iată directivele pe care, bazaţi pe cea mai riguroasă cercetare a situaţiei şi-n acelaş timp în concordanţă cu cele mai recente achiziţii ale biologiei şi epidemiologiei, raportorii le cred ca cele mai indicate pentru o raţională şi eficace combatere a tuberculozei în mediul rural, problemă de o vitală importanţă pentru viitorul naţiunei noastre.

In corapoartele ce au urmat a fost prezentat cel mai important material documentar care a fost adunat vreodată la noi în ţară asupra acestei chestiuni.

Astfel *Profesorul Bălteanu, Dr. Alexa* şi colaboratorii lor au expus *«Tuberculoza în centrul de demonstraţie Tomeşti»* organizat de Institutul de Igienă dela Iaşi şi cuprinzând date demografice, economice şi epiemiologice asupra cinci comune cuprinse în această circumscripţie. Cu această ocazie s'a făcut examenul clinic şi radiologic a 4636 locuitori, găsindu-se o proporţie de 56.03% reacţii pozitive la tuberculină, 2.17% cazuri de tuberculoză evolutivă şi 30.50% de tuberculoză pulmonară latentă. Autorii au scos în evidenţă marea importanţă a factorului economic, arătând pe bază de anchete minuţioase dela familie la familie extrema sărăcie a unora dintre acestea, apoi au confirmat caracterul familial al endemiei, preconizând ca şi raportorii necesitatea măsurilor de depistare şi izolare.

D-nii *General Dr. Bălănescu şi Dr. I. Gaspar* au expus rezultatele obţinute prin examinarea, în cursul anilor 1937—38 a 70.000 de soldaţi, anchetă credem din cele mai vaste, nu numai pentru ţara noastră dar chiar în comparaţie cu străinătatea, obţinând procente de morbiditate variind după trupe dela 11%$_0$ la Vânătorii de munte, până la 6%$_0$ în aviaţie. După regiuni procentul reacţiilor pozitive a fost de 62% pentru Basarabia (care are de altfel şi cea mai mare mortalitate) şi de 33% pentru Dobrogea.

Recomandă examenul sistematic prin metode precise (radiologice) a tuturor recruţilor şi periodic a trupelor subt arme, vaccinarea cu B. C. G. a celor anergici şi, intensificarea mijloacelor de izolare şi tratament.

D-nii *Stoichiţa* şi *St. Popescu* au prezentat *rezultatul anchetei întreprinse în zona Inspectoratului sanitar Sibiu,* bazată pe examinarea rediologică a 40.436 de locuitori din 74 comune rurale, găsind astfel o morbiditate de 845.7 la 100.000 de locuitori faţă de cea de 409..6, constatată şi înregistrată de serviciile sanitare oficiale. Reacţia la tuberculină a fost pozitivă în 38.2% din cazuri. Autorii insistă asupra faptului că examenul clinic a concordat numai în 30.14% din cazuri cu cel radiologic evidenţiind superioritatea acestuia din urmă. Preconizează examinarea sistematică prin instalaţii radiologice mobile, ba chiar întrebuinţarea radiografiei de o mai mare preciziune şi întemeierea unui cadastru radiologic al întregei populaţii.

D-nii *M. Nasta, Gaspar,* şi colaboratori au examinat 9000 de locuitori din circumscripţia Brăneşti Ilfov, găisnd o morbiditate de 1.50% până la 3.10% şi scoţând în evidenţă deasemenea caracterul familial al endemiei, importanţa factorului economic şi a legăturilor cu oraşul.

D-nii *Agregat M. Zolog* şi *Dr. I. Prodan* prezintă *situaţia tuberculozei în plasa sanitară model Gilău,* de subt conducea Institutului de Igienă din Cluj, pe anii 1931—38, scoţând în evidenţă marea importanţă pe care o are în depistarea şi combaterea efectivă a tuberculozei dispensarul condus de un medic specialist asistat de sora de ocrotire şi dând preţioase indicaţii pentru culegerea, şi interpretarea datelor statistice necesare unei precise cunoaşteri a situaţiei, insistând între cunoaşteri a situaţiei, insistând printre altele asupra coeficientului înalt de corelaţie între procentul infecţiunilor (evidenţiat prin reacţia la tuberculină) şi morbiditatea şi mortalitatea tuberculoasă.

Problemele clinice au fost tratate de D-l *Profesor Popoviciu* Cluj care într'un documentat raport bazat pe ultimele cercetări străine cât şi mai ales personale a prezentat interesanta problemă a *turburărilor metabolismului în tuberculoză.* D-sa arată că pe baza datelor fiziologice şi azi regimul cel mai indicat este cel mixt, bogat în calorii. Sub influenţa tratamentului dietetic devine normal bilantul de azot si electrolite, se măreste numărul globulelor rosii şi al emoglobinei, diminuă simtomele catarale, se modifică tabloul sanghin calitativ al globulelor albe (monocitoză relativă indicând o funcţie mărită a sistemului reticuloendotelial) şi diminuând inteala de sedimentare a globulelor rosii: în concluzie rezultă că tratamentul turburărilor de metoblism nu le îndreaptă numai pe acestea si nu produce numai o retentie de substante nutritive, dar si o modificare a compozitiei sângelui si a proceselor de imunitate, ameliorând în consecinţă pronosticul tuberculozei.

D-nii *Dr. Tetu, Veber, Blechmann* şi *Popian* au tratat despre *Tuberculoza laringelui.* Autorii o consideră în majoritatea cazurilor ca secundară tuberculozei pulmonare, şi datorită inoculărei prin sputa baciliferă deşi în unele cazuri poate fi de origine hematogenă sau limfatică. Unele forme ale laringitei tuberculoase se pot vindeca spontan independent de evoluţia ftiziei pulmonare. Pentru celelalte cazuri tratamentele medicale, fizioterapeutice şi chirurgicale permit în unele cazuri vindecare, în cele mai multe ameliorări în starea bolnavilor. Raportorii exprimă dorinţa ca să se înfiinţeze centre de laringologie pe lângă toate sanatoriile, preventoriile şi dispensarele antituberculoase, înzestrate cu personal medical specializat şi materialul necesar, astfel ca să poată fi folositoare atât din punct de vedere practic, cât şi din punct de vedere ştiinţific.

D-na *Costreş* în raportul consacrat *«surei de ocrotire în combaterea tuberculozei»* arată contribuţia importantă pe care acest preţios auxiliar îl poate aduce, şi locul pe care trebue să-l ocupe în organizaţiile antituberculoase.

Numeroase comunicări, la fiecare din rapoarte ca şi din subiecte diferite de ele au adus date interesante, contribuţii importante din cele mai diverse domenii ale ftisiologiei, contribuind la lămurirea multor chestiuni şi răspândirea de interesante cunoştinţe, în faţa unui numeros public medical, care de la început până la sfârşit a ţinut să dovedească printr'o afluenţă neobişnuit de mare, interesul ce-l poartă tuturor problemelor privitoare la tuberculoză.

Foarte animate şi cordiale recepţii şi mese oferite de I. P. S. S. Mitropolitul Bucovinei, d. rezident regal si d. primar al Municipiului, asistaţi în această largă şi amabilă ospitalitate de comitetul de doamne, de sub preşedinţia doamnei Lucia Flondor, au întreţinut între sedinţele de lucru o atmosferă de prietenie şi voie bunnă si au contribuit la strângerea relatiunilor între medicii veniţi din toate colturile ţării şi mai ales la cunoasterea mai de aproape a elitei intelectuale a Bucovinei, păstrătoare de nobile şi patriarhale tradiţii.

Excursiile, cari au avut loc, mai întâi la Cetatea Hotinului, apoi la mânăstirile Putna, Sucevita, Gura Humorului, Voronet, apoi la Câmpulung, Vatra Dornei si Suceava, au fost pentru cei mai multi o revelatie a acestui adevărat colt de raiu, păstrător al celor mai numeroase si glorioase amintiri de trecut românesc, locuit de o populatie cuceritoare prin farmecul portului si al graiului.

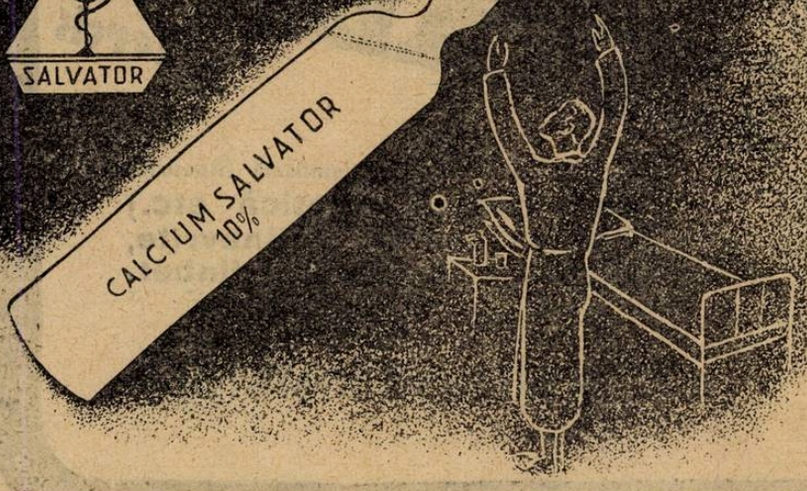
Ospitalitatea generoasă si cordială a corpului medical bucovinean, care nu s'a desmintit dela primul până la ultimul moment, rezervându-ne în fiecare localitate noui şi variate surprize, a mişcat adânc pe toţi congresistii cari păstrează în inimile lor o adâncă datorie de recunoştinţă şi indisolubile sentimente de colegială afecţiune confraţilor lor bucovineni, în frunte cu d. dr. C. Petrescu, inspector general sanitar al ţinutului, animator entuziast şi plin de atenţii, organizator neobosit al acestei frumoase manifestări de solidaritate colegială şi naţională.

Alegerea oraşului unde se va ţine viitorul congres, a căzut asupra Constanţei, unde congresiştii şi-au dat întâlnire pentru primăvara anului 1941.

Calcium Salvator

CALCIUM GLUCONICUM
10%, 20%

SALVATOR



INDICAŢIUNI
PRETUBERCULOZĂ
TUBERCULOZĂ
HEMORAGII
CONVALESCENŢĂ
DERMATOZE

INTRAVENOS
INTRAMUSCULAR

LABORATORUL SALVATOR BRAŞOV

Mostre şi literatură: M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.8[illegible].

Tratamentul tuturor formelor de anemie prin

HEPAFER

Extract hepatic, care conţine principiul antianemic (Fracţiunea G. a lui Cohn)

PREZENTARE:

Hepaferul se prezintă sub formă de fiole pentru injecţiuni intramusculare de 2 cc. şi 5 cc. (fiole)

Cutii cu 5 fiole a 2 ccm.
„ „ 10 „ „ 2 ccm.
„ „ 5 „ „ 5 ccm.
„ „ 10 „ „ 5 ccm.

Posologie: Tratamentul va fi individualizat după caz şi după gradul anemiilor. Se va face 1—2 fiole pe zi, timp de 2 până la 4 săptămâni.

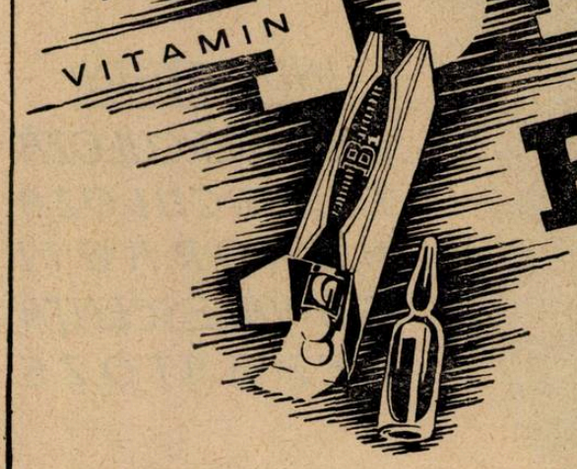
Doza de întrebuinţare: 2 fiole pe săptămână.

Se recomandă ca injecţiile să se facă încet.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi Analize Bio — Hormonale din Bucureşti, Str. I. G. Duca 19, Tel. 2.80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România:
„CENTRA"
Bucureşti, Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21.

VITAMIN B1



BETABION
Merck

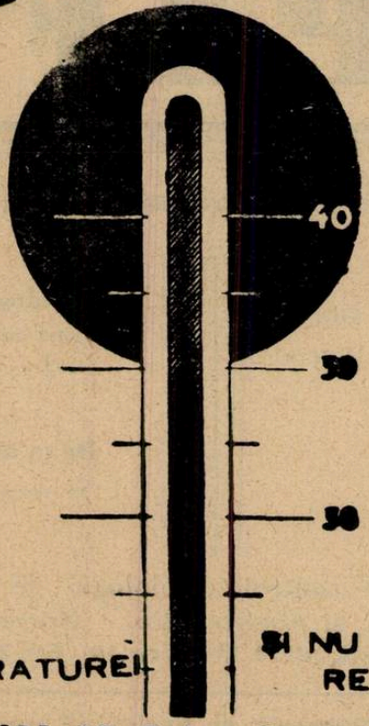
= Vitamină B_1 pură, cristalizată (Aneurin)
In nevralgii (sciatică etc.) herpes zoster, polinevrite, myeloză funiculară diabet.
Tablete de 0,001 gr. fiole de 0,002 gr.
„forte" — fiole de 0,01 gr.

E. MERCK-DARMSTADT

LA TOATE INFECTIUNILE GRELE, ACUTE...

SEPTICÉMINE

IMPIEDICA O REVENIRE A TEMPERATUREI



ȘI NU PROVOACĂ NICI O REACȚIUNE SAU ȘOC.

LAB. CORTIAL 15. Bulev. Pasteur. PARIS

Reprezentanța Generală pentru România, DROGUERIA STANDARD Bucuresti, Str. Sft. Ionică 8.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Sărbătorirea d-lui g-ral dr. N. Marinescu Ministrul sănătăţii

Academia de medicină a sărbătorit în seara de 16 Iunie, printr'un banchet dat de la Athénée Palace, pe d. general N. Marinescu, ministrul sănătăţii şi asistenţei sociale pentru opera sanitară înfăptuită în anul de când conduce departamentul sănătăţii.

Au luat cuvântul d-nii: profesor dr. D. Danielopol; d. prof. Rădulescu-Motru, preşedintele Academiei Române; d. prof. I. Simionescu; d. prof. C. Daniel; d. prof. dr. Gr. Slavu, decanul facultăţii de med. veterinară; prof. dr. Gh. Pamfil şi dr. I. Costinescu, fost ministru al sănătăţii.

D. gen. N. Marinescu, ministrul sănătăţii, răpunzând tuturor vorbitorilor, a rostit următoarele:

Ingăduiţi-mi să mărturisesc profunda emoţiune ce mi-a pricinuit preţuirea pe care dvs. o aduceţi persoanei mele.

Este însă pentru mine o deosebită datorie ca să aduc în lumina acestei sărbătoriri întregul corp medical, în fruntea căruia am onoare a mă afla, corp care a ştiut chiar din primul momnt al Inaltei chemări a M. S. Regelui Carol al II-lea, să se încadreze la noua îndrumare pentru realizarea unei vieţi de renaştere naţională.

Ţara întreagă trebue să fie recunoscătoare înaltelor sentimente de adâncă şi adevărată iubire pe care Regele o poartă poporului Său şi mai ales pentru grija nestrămutată ce-o are pentru ridicarea şi consolidarea sănătăţii neamului nostru, sănătate care este şi va rămâne chezăşia cea mai desăvârşită a puterii lui.

Activitatea desfăşurată mai bine de un an de zile pe domeniul sănătăţii publice, oricât de îndrăzneaţă a părut la început, s'a împlinit şi desăvârşit de către corpul medical cu toată hotărîrea, iar poporul în întregime a primit-o ca un semn al unei noui şi promiţătoare vieţi de viitor.

Această activitate a corpului medical a avut darul să pună în evidenţă înaltele sentimente ce-l însufleţesc; ea a chemat şi a adus la colaborare pe reprezentanţii tuturor ramurilor de activitate în stat, factori esenţiali cari contribuiesc la realizarea bunei sănătăţi a poporului; ea a reuşit să statornicească pentru totdeauna necesitatea existenţei unui program de lucru, program care să nu fie al unuia, dar să fie al tuturor; program ce trebue să se bazeze pe cunoaşterea realităţilor acestei ţări; program ce trebue să fie încredinţat spre realizare unui om de specialitate, singurul în măsură să cunoască, să înţeleagă şi să conducă la realizări cât mai efectiv pe domeniul atât de greu şi de încercat, ca acel al sănătăţii publice la noi în ţară.

Dar dacă însufleţirea a fost mare, sunt dator să recunosc că, competinţa profesională a întrecut-o şi aceasta nu este decât rezultatul unei culturi profesionale desăvârşite, valoare determinată de acei profesori fruntaşi ai ştiinţei medicale, astăzi strâns uniţi în jurul Academiei de medicină, flacăra creatoare de lumină şi dogoritoare de cele calde sentimente pentru umanitate.

Iniţiativa pe care membrii Academiei de medicină au luat-o, răscoleşte în mintea şi sufletul meu cele mai profunde sentimente şi sunt mândru că pot să mărturisesc în această ocaziune că în toate împrejurările în care în calitate de conducător al departamentului sănătăţii publice am venit în legătură cu academia, am găsit nu numai cea mai desăvârşită înţelegere, dar m'am găsit într'o colaborare continuă chiar atunci când acest contact era mai îndepărtat.

Mulţumeşte tuturor pentru cuvintele ce i le-au adresat şi continuă:

Daţi-mi voe să strâng la un loc toată gândirea şi simţirea ce ne uneşte în această ocaziune şi să ridic paharul meu pentru înălţarea până la cele mai înalte culmi a Academiei de medicină — pentru sănătatea dvs. a tuturor — fiind convins că vom fi totdeauna împreună în lupta pe care o ducem pentru ridicarea şi apărarea sănătăţii publice, întru întărirea neamului românesc şi pentru propăşirea patriei noastre.

*

S'a citit apoi o telegramă, adresată M. S. Regelui Carol II.

Personalul medical al Institutului „Regina Elisabeta" din Bucureşti

D. Agregat dr. D. Săvulescu a fost numit director al institutului de maternitate «Regina Elisabeta», din Bucureşti, care are următoarele sectiuni:

Serviciul obstetrical, medic-şef dr. Al. Bădescu.

Serviciu gynecologic, medic-şef dr. I. Grozescu.

Serviciul de consultaţii prenatale şi gynecologice, d-na dr. M. Alexiu.

Serviciul Radiologic şi fizioterapie, dr. M. Vulcănescu.

Laboratorul institutului, dr. Al. Ursu.

O asociaţie medicală pentru pace

La Londra s'a constituit o asociaţie medicală pentru pace «The Medical Peace Compaign».

Comitetul, considerând suferinţele şi bolile produse de războiu şi responsabilitatea pe care medicii o au în a le preveni, face un apel medicilor din toate ţările, să contribue cu prestigiul şi cunoştinţele lor spre a influenţa pe conducători şi opinia publică pentru menţinerea păcii.

Informaţiuni şi adeziuni se primesc la sediul comitetului: «The Medical Peace Campaign», 26, York Terrace, London, N. W. 1.

Noul Comitet al Asociaţiei Medicilor Stomatologi

Asociaţia Generală a medicilor stomatologi a ales următorul consiliu de administraţie pe anii 1939 — 1942:

Prof. dr. Aurel Dumitraş; dr. Dan Teodorescu; dr. Petre Stoicescu; dr. Petre Duţescu; d-na dr. Victoria Suhăţeanu; dr. Dumitru Poenaru; dr. G. Deşliu; dr. George Georgescu; dr. Al. Marcovici; dr. Ion Lucaicu; dr. Leo Gruber; dr. Arthur Tuchfeld; dr. Elena Clăbescu; dr. Elena Mihalski, dr. Elisabeth Molnar; dr. Hugo Dulin; dr. Andrei Nass; dr. Liviu Hălmăgeanu; prof. dr. Ion Aleman; dr. Anghel Păunescu dr.. Lazăr Friedman; dr. Grigore Osipov-Sineeşti; dr. Nerva Drăgan.

Membri supleanţi: dr. Samuel Petraş; dr. Leo Klang; d-na dr. Marioara Păcală.

Comisia de ceenzori: dr. Ilie Xantopol; dr. Mihail Gugulide.

Cenzor supleant: dr Lionel Fessler.

Consiliul de administraţie a desemnat pe anii 1939 — 1940 următoarea delegaţie permanentă: preşedinte, dr. Aurel Dumitraş; vice-preşedinţi: dr. N. Duţescu; d-na dr. Victoria Suhăţeaenu; dr. George Deşliu; secretar geeneral dr. Dumitru Poenaru, casier central, dr. Arthur Tuchfeld.

Definitivări şi înaintări în învăţământul superior medical

D. dr. Moga Aurel a fost definitivat în postul de asistent la clinica medicală a facultăţii de medicină din Cluj.

D. dr. Radu Petre a fost definitivat în postul de asistent la institutul de anatomie patologică, dela facultatea de medicină din Cluj.

D. dr. Huighişiu Vasile a fost definitivat la institutul medico-legal, la facultatea de medicină din Cluj.

D. dr. Ovidiu Comşa a fost înaintat şef de lucrări la institutul de igienă dela facultatea de medicină din Cluj.

D. dr.. Claudatos a fost definitivat în postul de şef de lucrări la laboratorul de chimie medicală şi biologică de la facultatea de medicină din Iaşi.

Mişcare în corpul medical al ministeriului sănătăţii

In corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, s'a făcut următoarea mişcare, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire, în baza avizului dat de comisiunea administrativă, ce funcţionează pe lângă acel minister:

D. dr. Tibuleac Ioan, actual medic definitiv la circ Dobrovăţ, din judeţul Vaslui, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al spitalului cu circ. Făleşti din jud. Bălţi.

D. dr. Jurca David, medic definitiv al spit. cu circ. Brabova, jud. Dolj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al spitalului cu circ. Poiana Mare din acelaş judeţ.

D. dr. Mihai Stoian, medic cu concurs, se numeşte definitiv în postul de medic al spitalului Chilia Nouă, jud. Ismail.

D. dr. Nicolae Stănescu, medic definitiv al spitalului cu circ. Bâcleş, din jud. Mehedinţi, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Ciumbrud, jd. Alba.

D. dr. Dimitriu Const., medic primar definitiv spit. Pulcheria-Ghica din Hârlău, jud. Botoşani, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al spitalului Vălenii de Munte din jud. Prahova.

D. dr. Dem.. Rarinca, medic definitiv al circ Dostat, jud. Sibiu, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Sebeş, jud. Alba.

D. dr. Richard Schelemberg, medic definitiv al circ. Tăuţ, jud. Arad, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ Simandul-Nou, judeţul Arad.

D-na dr. Amalia Buda Mihăilescu, medic definitiv al circ. Todireni, jud. Botoşani, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Tamaş, jud. Bacău.

D-na dr. Găină Friptu Ludmila, medic definitv al circ. Tvardiţa, jud. Tighina, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Rădăşeni, jud. Baia.

D-na dr. Olteanu Minerva, medic definitiv al circ. Panticeu, jud. Cluj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Ciclova-Montană, jud Caraş.

D-na dr. Stinghe Gheorghiu Elena, medic definitiv al circ. Bereşti, judeţul Covurlui, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Vânători, acelaş judeţ.

D. dr. Popescu I. Mircea, medic definitiv al circ. Ştirbey, jud. Romanaţi, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Bârca, jud. Dolj.

D. dr. Toth Antoniu, medic stagiar al circ. Bârsana, jud. Maramureş, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Bocicoiul-Mare din acelaş judeţ.

D-na dr. Huser Stefania Maria, medic stagiar al circ. Jibert din judeţul Târnava-Mare, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. I. G. Duca din jud. Odorhei.

D. dr. Zaharescu Gh. Petre, medic definitiv al circ. Domniţa jud. R.-Sărat, se transferă în aceeaşi calitate în potsul de medic al circ. Baloteşti, jud. Putna.

D-na dr. Stiasny Paulina, medic definitiv al circ. Turbaţi, jud. Gorj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Tăriceni, jud. Prahova.

D. dr. Bocearov Gh., medic-şef igienist de plasă în jud. Lăpuşna, se transferă definitiv la circ. urbană dela municipiul Chişinău.

D. dr. Pascu Laurenţiu, medic definitiv al circ. Vişeul de Jos, jud. Maramureş, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Şieu-Măgheruş, din jud. Năsăud.

D-na dr. Elena Gavriliu Teodoriu, medic stagiar al circ. Văleni, jud. Roman, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Scheia, jud. Roman.

D. dr. Maximilian Solomon, medic stagiar al circ. Văscăuţi, jud. Hotin, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ Cernesti din judeţul Satu-Mare.

D. dr. Matei C. Dumitru, medic secundar prin concurs la spitalul Constantinescu, din Ploeşti, se transferă în postul de medic secundar la secţia medicală dela spitalul Filantropia din Craiova.

D. dr. Trybus Claudiu, medic secundar cu concurs la centrul pentru ocrotirea copiilor din Cluj, se transferă în postul de medic secundar, secţia medicală dela spitalul de copii din Timişoara.

D. dr. Mârţu Mihail, medic definitiv al circ. Muncelul de Sus, judeţul Roman, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Dolheştii Mari, jud. Baia.

D-na dr. Cardaşeva Valentina, medic stagiar al circ. Cara-Hasan, jud. Cetatea Albă, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ Han-Câşla (Palanca) din acelaş judeţ

D. dr. Băjenaru Ioan, medicul circ

D. dr. Reisenberger Waldemar, medic definitiv al spitalului Vişeul de Sus, jud. Maramureş, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al spit. cu circ. Baia de Criş, jud. Hunedoara.

D-na dr. Ursulescu Ionescu Maria, medic definitiv al circ. Mihăileşti, jud Vlaşca, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic, circ. Badragii-Vechi, jud. Hotin.

D. dr. Taşcu Pentifranga, medic definitiv al circ. Grindaş, jud. Ialomiţa, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ, Belica, jud. Durostor.

D. dr. Goldenberg David, medic stagiar al circ. Han-Câşla (Palanca), jud Cetatea Albă, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Cara-Hasan din acelaş judeţ.

Se revine asupra reprimirii d-lui dr. Istrăteanu N. în postul de medic al spit. Obedeni din jud. Vlaşca, d-sa rămânând să funcţioneze ca medic secundar al secţiei de chirurgie dela spit. R.-Vâlcea.

D-na dr. Aurelia Strat, medic şcolar definitiv la serv. sanitar al municipiului Constanţa se încadrează definitiv, pe ziua de 1 Aprilie 1939, în calitate de medic de circ. urbană în acelaş municipiu, după cum postul ocupat de d-sa a fost transformat prin bugetul pe anul 1939—1940.

*

Medicii mai jos menţionaţi, stagiari pe bază de examen de capacitate, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă şi anume:

D. dr. Mihail Luca la circ. Săgeata, jud. Buzău.

D-na dr. Veveia Curbet Gropa, la circ. Soleşti, jud. Vaslui.

D-na dr. Belţer Polixenia, la circ. Petreştii de Jos, jud. Turda.

D. dr. Mihail Dărângă, la circ, Cuconeşti Vechi, jud. Botoşani.

D-na dr. Vera Girpa Cantaragiu, la circ. Vânători, jud. Lăpuşna.

D. dr. Mihail Parascu-Parascopol, la circ. Priboeni, jud. Muscel

D. dr. Mircea Grumăzescu, la circ Tazlău, jud. Neamţ.

D. dr. Popa Pantea, la circ. Mociu, jud. Cluj.

D. dr. Const. Georgescu, la circ. Căiuţi, jud. Bacău.

D. dr. Ellenbogen Iosif, medic stagiar al circ. Frumoasa, jud. Ciuc, se lasă în disponibilitate din postul ce ocupă, conform art. 202 din legea sanitară, pentru slabă activitate în serviciu, din care cauză nu a fost recomandat pentru definitivat.

Medicii mai jos menţionaţi se pun în retragere din oficiu pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru limită de vârstă conform art. 258 din legea sanitară de ocrotire:

D. dr. Enescu Moise, medic primar al jud. Roman.

D. dr. Băjenaru Ioan, medic circ. urbană a municipiului Brăila.

D. dr. Livescu Nicolae, medic primar al secţiei de medicină internă de la spitalul «Elisabeta Doamna» din Galaţi.

Medicii mai jos menţionaţi se pun în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie pentru caz de boală şi anume:

D. dr. Lazarev Zalman, medicul circ. Hodorăuţi, jud. Hotin.

D-na dr. Ivanca Vâlceva Tofa, medicul circ. Beibunar, jud. Durostor.

Reumatismul formează azi o **problemă socială**

Terapeutica trebue adaptată progresului.

Domnii medici satisfac bolnavii şi se menţin în ritm cu vremurile prescriind medicamente de eficacitate **sigură, rapidă şi durabilă**

Acest principiu recomandă în tratamentul tuturor formelor de **reumatism** (toate algiile articulare, muschiulare, nevritice).

Ampoules REIPAR

Cutii a **10 fiole** de 2 cmc. de acid salicilic vegetal în soluţie izotonică de **betula lenta**; netoxic, nedureros, calmant.
Se injectează zilnic la nivelul încheeturilor bolnave 2—4 cmc. subcutanat.

Administrare nedureroasă, difuziune şi absorbţie rapidă cu efect analgetic durabil loco dolenti.

Reumatism poliarticular acut: injecţia locală declanşează reacţii de vindecare cu repercusiuni asupra întregului sistem articular.
Se administrează paralel salicilat **Vansol** per os; fricţiuni cu *Hormosan extern*.

Reumatism subacut şi cronic injecţii locale cu recuperarea rapidă a funcţiunilor articulare. Tratament economic prin eficacitate, prin rapiditatea vindecărei şi recuperărei activităţei funcţionale.
observaţii, eşantioane la cerere.

VANSOL

Acid acetylsalicilic, acid fenylcichonic, acid colchic.
în cachete numai pentru adulţi, după mese 2—4 pe zi.
Formulă fericită pentru tratamentul formelor de reumatism subacut şi cronic; eficace în formele gutoase.
Singur sau asociat cu **Reipar**
Cutii a 20 cachete.

Pentru aplicaţii locale o prescripţie cu bază de **histamină**

HORMOSAN EXTERN

(mecanism de acţiune: vaso-dilataţie locală cu rezorbţie simultană a metoxymethylsalicilatu ui).

Un preparat de aur netoxic, nedureros, indicat în tratamentul tuberculozei şi a reumatismului cronic:

MYORAL

(Aurothioglicolat de calciu cu 64,25% aur)

Se administrează intramuscular la interval de 4—8 zile; fiole de $^1/_2$, 1, 2, 3 c.c.

Indicaţiile calciterapiei găsesc o formulă fericită în

FRANCALCIUM

(Acetylglycocolat de calciu)

Fiole *de 5 cmc. injectabile intramuscular absolut nedureroase.* **Soluţie** *plăcută la gust: 100 picături conţin un gram substanţă activă*
Comprimate *3 ori câte 2 pe zi.*
Indicat în tuberculoză, rachitism, fracturi, carii dentare, convalescenţă, reumatism cronic, simdrome hemoragice hypopepsii cu diaree.

Preventiv al complicaţiilor pulmonare acute şi cronice, **modificator** activ al bronşitelor cronice, curativ în broncho-pneumonii, în pusseurile bacilare acute.

GAIACAMPHRE

Soluţie apoasă nedureroasă în fiole a 2 ccm. de 0,20 camphosulphonat şi 0,10 glyceryl gaiacol.

La bronşitele cronice şi afecţiunile catarale ale căilor respiratorii

Pâte pectorale „MONT DORE"

Bomboane gumate plăcute la gust
preparate din apa minerală din Mont Dore

Providenţa astmaticilor:
Curative — Preventive

Tigaretele „MONDORASME"

a căror aspirare la începutul crizelor ajunge pentru a le diminua violenţa şi durata, uzajul zilnic le poate preveni.

In atonii intestinale.
In constipaţiile rebele, un medicament plăcut cu ingrediente organo-vegetale

HORMOLAX

LAXATIV, PURGATIV
1—2 seara la culcare
în formele rebele 4 pe zi.

Medicamentul-aliment plăcut de luat, fără a prezenta inconvenientele unturei de peşte, uşurând creşterea copiilor şi a celor slăbiţi, reconstituind sistemul nervos etc., este

„MALT-OLEOL"

(Extract de malţ, extract de untură de peşte şi glycerophosphaţi).

Cel mai puternic antiseptic intern şi extern:

„ANIODOL"

Prezentarea: soluţie internă şi externă, ovule, pudră, vaselină şi săpun.

Contra Artritismului, Gutei, Boalelor de stomac, etc., prafurile:

„LITHINÉS VICHY TILLAT"

sunt suverane
1 pachet la 1 ltr. apă.

„NIFAR" S. A. R. BUCUREŞTI III, STR. MARIA ROSETI 47. TEL. 2.99.31

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

In enteritele acute, disenterie, colita muco-membranoasă, prescrieţi

MAGNOCARBON

TABLETE

Magnozon — Cărbune medicinal — Extract de Belladonna

Uşor laxativ antiseptic şi antispasmodic.

Combinaţiune ideală de cărbune medicinal cu extract de sena

CARBOLAX

TABLETE

Laxativ uşor cu efect sigur.

Neplăcerile verii:

diarea, intoxicaţiunile alimentare, disenteria, enteritele acute

le combateţi cu succes prin:

TANNOCARBON

TABLETE

Antiseptic — Astringent

Avitaminozele P. P.

PELLACOTIN

„Dr. RADU"

Pe bază de acid nicotinic şi aminoacizi

2 Forme: Fiole injectabile conţinând 0,150 gr. acid nicotinic

Tablete conţinând 0,100 gr. acid nicotinic.

Acţiune rapidă în:

Pelagră
Turburări digestive
Porfirinurie
Afecţiuni cutanate
Turburări mintale
Surditatea sunetelor înalte.

Cutii cu 5, 15 şi 50 fiole a 5,3 cc.
Flacoane cu 30 tablete.

Dr. Alexandru Radu, Bucureşti 3, Str. Sofia 30.

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO - INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenterii, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie, scrofulus), turburări nervoase, cari provoacă în mod constant auto-intoxicaţii, (ameţeli, migrene, insomnii, dureri de cap), etc. şi în sfârşit, colibacilozele.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele. Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecţiuni urologice: în cistite, instilaţiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: în pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.

MODUL DE INTREBUINŢARE

Cultura lichidă: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). Cultura uscată: 4—8 comprimate pe zi.
Este recomandabil de a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată,* deoarece astfel desvoltarea întraintestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES – PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei BUCUREŞTI III Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 15—16 | 10 Lei Exemplarul | 1—15 August 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239,43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. S. ŢOVARU: *Învăţăminte din practica chirurgicală de război în Spania* 201

D-rii V. PLĂTĂREANU, A. CARSTEA şi I. TANASESCU: *Consideraţiuni asupra unui caz de Agranulocitoză* 202

Dr. OLARIU GH. şi Dr. I. GAROTESCU: *Contribuţiuni la tratamentul ulcerelor venerice nespecifice (şancru moale)*. 205

Docent Dr. TRIFU şi Dr. I. ILIESCU: *Asupra tratamentului limfogranulomatozei inguinale benigne cu săruri de antimoniu*. 206

Pagina

CRONICI

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Un omagiu D-lui Prof. Dr. Slătineanu* . . . 213

RECENZII

Prof. Dr. CONSTANTIN DANIEL: *Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale: «Probleme şi Realizări»* 208

Prof. Dr. I. IACOBOVICI: *Recenzie asupra lucrării: Le cancer de l'estomac au début (Etude clinique, radiologique et anatomopatologique) de Dr.* Gutman, I. Bertrand, Th. I. Peristiany . . . 207

CONGRESE

Dr. I. JOVIN: *Al III-lea Congres Naţional de Electro-Radiologie. (Iaşi 28, 29, 31 Mai 1939)* . . . 210

AL. CRAINICEANU: *Primul Congres de Endocrinologie* 209

Pagina

INSTITUŢII MEDICALE

Dr. P. P. SAMARIAN: *Standul serviciului Psihotechnic din Direcţia medicală C. F. R. Organizat în cadrul Ceteriadei.* 211

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Numirea Prof. Dr. Dan Theodorescu la catedra de Stomatologie; O nouă lege organică a Ministerului Sănătăţii; Congresul Soc. de Neurologie şi Psihiatrie. 214

Invăţământul medical în Occident şi... mai aproape; Adunarea generală a Societăţii pentru profilaxia tuberculozei; Două locuri de Inspectori generali sanitari vacante; Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţii 215

Eldoform
BAYER

Antidiareic recunoscut

Nu turbură funcţiunea stomacală. Menajează intestinul prin faptul că se descompune succesiv în componenţii săi activi. Indicat în deosebi în practica infantilă.

Ambalaje de 10 şi 20 Tablete de 0,5 g.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 3-722.

„Are să doară?"

Cât de des aude medicul întrebarea plină de teamă, a copiilor și chiar a adulților — când se prepară să aplice un remediu pe rănile deschise!

Răspunsul poate fi cu adevărat „nu", când se întrebuințează ANTIPHLOGISTINE

Compresa de ANTIPHLOGISTINE este antiseptică, nu este aspră nici usturătoare Combustiile, eroziunile, sgârieturile, reacționează repede față de proprietățile calmante și curative ale produsului

ANTIPHLOGISTINE

Eșantioane și literatură la cerere.

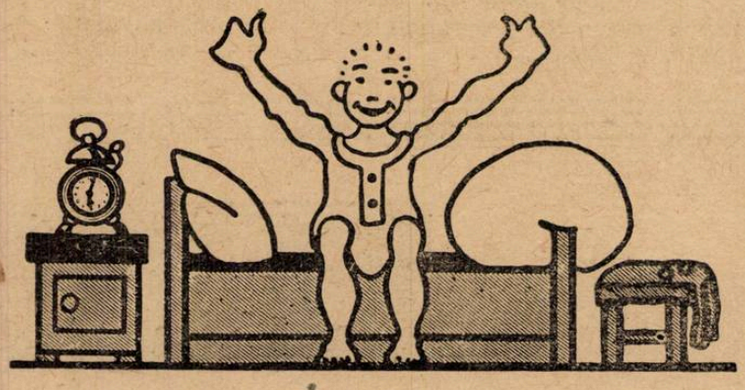
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YOK. U. S. A.

„DROGUERIA STANDARD" S. A R. Str. Sft. Ionică No. 8, București I.

NOCTAL

DECI:

DEȘTEPTARE VIOAIE FĂRĂ TOROPEALĂ!



Hipnotic și sedativ foarte activ și totuși **lipsit de pericol.** Garantează acțiune rapidă și **degredarea complectă în scurt timp. Tentativele de sinucidere sunt fără urmări letale**

1814 125 ANI 1939

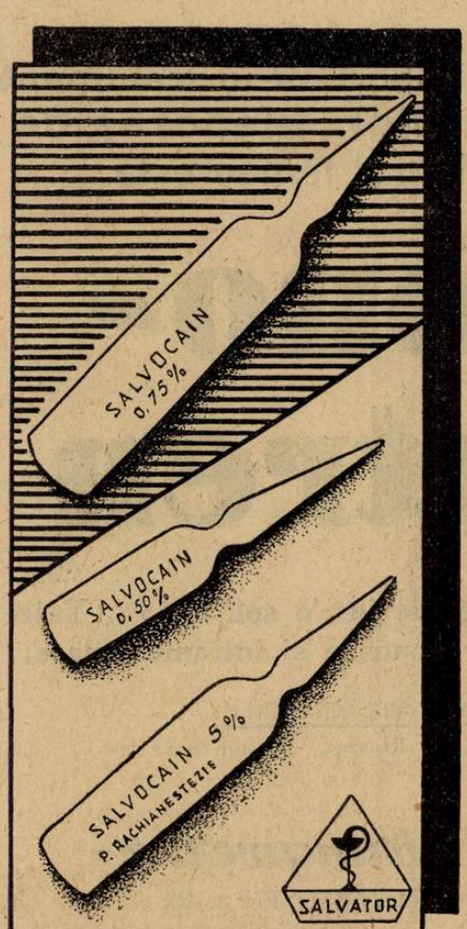
Dr. Riedel-E de Haën A.-G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK,

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu No. 6

„LABORATORUL TION" DR. OERIU
Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21
Telefon 4.59.70 - 4.69.58



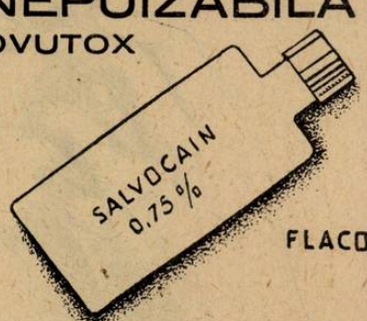
SALVOCAIN

CU ȘI FĂRĂ SUPRARENIN

STERILITATE INEPUIZABILĂ

DUPĂ PROCEDEUL NOVUTOX

1 NETOXIC
2 NEIRITANT
3 BACTERICID
4 HEMOSTATIC



FLACON

ANESTEZIC

LOCAL, REGIONAL ȘI LOMBAR
în toate ramurile chirurgiei.
INJECTABIL ȘI IN ȚESUTURI INFLAMATORII
CONCENTRAȚII:
0,50/0, 0,75/0, 1/0
ptr. rachianestezie sol. 5/0
în fiole dela 3—100 cmc.

LABORATORUL „SALVATOR" BRAȘOV

Mostre și literatură: M. TATARSKY, București I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

PROLUTON

Schering

Ambalaje noi
3 fiole de câte 2 mg.
3 fiole de câte 5 mg.
3 fiole de câte 10 mg.

Pentru tratamentul cauzal-hormonal al metropatiei hemoragice,

al avortului iminent şi mai ales al avortului repetat, al dismenoreei spastice şi al amenoreei (după tratamentul prealabil cu Progynon) se recomandă de către ginecologi de seamă Proluton preparatul hormonal de corp galben pur, introdus de noi în terapie.

Doza necesară depinde în mare parte de felul turburării şi variază deci dela 2x2 mg. pe săptămână (de ex. la avort repetat) până la 10 mg. pe zi (spre ex. la hemoragii grave). Indicaţiuni mai exacte de dozaj se găsesc în imprimatele noastre întocmite după vastele publicaţii clinice existente. Această experienţă clinică căştigată în ultimii ani ne-a determinat să facem ambalaje noui pentru Proluton. Concomitent s'au micşorat preţurile cu ca. o treime cu începere dela 22 Noembrie anul trecut.

Hormonoterapia cu Proluton era şi până acum într'atât de economică, încât graţie ei s'au putut evita prin relativ puţine injecţii, tratamente terapeutice costisitoare şi de lungă durată, mai ales la metroragii şi la dismenorei rebele. Prin ultima reducere de preţuri

devine şi mai economică terapia cu Proluton

SCHERING A. G., BERLIN

Biroul ştiinţific, Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

Un adjuvant important în tratamentul
complicaţiilor blenoragice
la bărbat şi femee este

Gono-Yatren

Vaccin antigonococic într'o sol. de 3% Yatren.
Injecţiuni intravenoase şi intramusculare.

AMBALAJE ORIGINALE:
Cutie cu 6 fole de 2½ cmc. / Flacon cu 25 cmc.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.85; Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor No. 18 Tel. 37-22

Anul XVII. No. 15—16 10 Lei Exemplarul 1—15 August 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Invățăminte din practica chirurgicală de război în Spania

de Dr. S. ȚOVARU

Sfârșitul războiului spaniol, a îngăduit să ne parvie, mai mult pe cale indirectă, ecoul dureroasei experiențe a chirurgilor din această țară.

In adevăr, la Soc. de chirurgie din Toulouse, — din apropierea frontierei franco-spaniole, unde s'a refugiat un mare număr de răniți spanioli, — în urma unei comunicări, făcută, de curând, de doi chirurgi francezi *Dieudonné* și *Baudet* cu privire la «Gipsurile închise în plăgile de război cu sau fără fracturi», a avut loc o discuție interesantă și lungă la care au luat parte și câțiva chirurgi spanioli refugiați.

Cam în același timp, la Paris, Prof. *Lardennois* a ținut sub auspiciile U. M. F. I. A. o conferință asupra «Chirurgiei în timpul războiului spaniol» unde examinează opera chirurgicală săvârșită de chirurgii spanioli.

Cum, din nefericire, războaiele au fost — mai ales în ultimul secol, — un câmp vast de experiență chirurgicală și o sursă bogată de idei și practici noui pentru chirurgi, am socotit util și oportun să expunem succint câteva învățăminte ce se degajă, pentru chirurgi, din tragedia consumată a poporului spaniol.

* * *

Una din «inovațiile» practicei chirurgicale de război în Spania este aceia a *întrebuințării sistematice a aparatelor gipsate circulare pentru acoperirea și imobilizarea plăgilor de război, simple sau complicate de fractură, și practicarea pansamentului rar.*

Practica propriu zisă a acestei metode este următoarea:

După injecțiile de rigoare cu ser antitetanic și antigangrenos (câte 10 cc.) făcute în primul moment răniților, se practică o intervenție ușoară și rapidă, după cazuri: dacă e o plagă simplă a părților moi, se face un «épluchage» superficial; dacă plaga e complicată cu fractură, se face un foarte larg épluchage.

Curățarea plăgii e urmată de un pansament *uscat* à plat, iar fractura odată redusă, se așează totul sub un aparat gipsat circular.

Pe gips se înscrie data și semnătura chirurgului; dacă e fractură se desinează linia de fractură, iar dacă proectilul a rămas pe loc, o schemă îl indică pe gips.

Aceste gipsuri circulare rămân pe loc aproape două luni. Ele nu se scot decât dacă survin accidente serioase ca: dureri vii, fenomene de compresiune, semne de infecție etc.

Metoda constă deci în: 1. *Imobilizarea imediată și riguroasă a plăgii și* 2. *practicarea pansamentului rar uscat.*

* * *

Deși nu posedăm încă statistici cari să ne furnizeze unele elemente de apreciere, în *practica de război* însă această metodă prezintă unele avantagii serioase. Astfel:

a) Permite un transport ușor al rănitului la mare distanță și înlesnește evacuarea.

b) Face pe rănit să nu sufere de pe urma fracturei care este, de la început, bine imobilizată: mulți răniți cu fracturi deschise ale gambei, în exodul lor, au trecut frontiera franceză mergând pe jos.

c) Pansamentele rare realizează o economie apreciabilă de material, diminuiază șansele de infecție și scutesc pe rănit de suferințele provocate de mișcările minime ale pansamentelor repetate.

Teoretic, de asemenea, metoda este rațională. Astfel:

a) Favorizează leucocitoza și fagocitoza;

b) Modifică pH. local;

c) Accelerează epidermizarea;

d) Evită infecțiile grave, prin suprimarea eventualității, posibile, a unei infecții secondare a plăgii;

e) Consolidarea fracturei pare bună și rapidă;

f) In marea majoritate a cazurilor evoluția e favorabilă, iar urmările excelente.

După părerile chirurgilor spanioli și francezi, accidentele infecțioase sunt foarte rare, iar dacă cumva apar, pot fi repede jugulate prin ablația gipsului și debridarea plăgii. *In tot cazul, amputațiile au fost rare.*

Metoda are însă și câteva inconveniente teoretice:

a) Tendința la o cavitate închisă.

b) Desvoltarea unui miros dezagreabil în pansament.

c) Dificultatea de a controla plaga și a supraveghea membrul.

d) Favorizarea leziunilor cutanate prin maceratia pielei sub gips.

In rezumat, avantagiile de ordin practic și teoretic ale acestei metode de merită a reține atențiunea, căci ea ridică interesante probleme privind utilitatea imobilizării și a pansamentelor rare în chirurgia de război.

* * *

Dar, este, într'adevăr, metoda aceasta o inițiativă «originală și interesantă», o «inovație», în practica îngrijirilor date răniților spanioli?

De sigur că nu.

Leriche a demonstrat acest lucru într'o conferință recentă («Concepția Listeriană în 1939»), subliniind ideile susținute, în această privință, în lucrările sale anterioare.

Una din condițiile dezinfecției unei plăgi — spune el sub forma unei axiome — *este imobilizarea riguroasă și prelungită».* Aceasta face mai mult ca orice antiseptic de suprafață.

Incă de mult, geniul lui *Ollier*, a sistematizat, în chirurgia osoasă, practica pansamentului rar sub imobilizare gipsată. Această practică, isvorîtă dintr'un simplu spirit de observație, a rămas de atunci tradițională la Lyon; iar de curând *Orr*, din Statele Unite, i-a descoperit avantagiile.

In adevăr, sub imobilizarea gipsată, infecțiile osoase sau articulare, chiar grave, se atenuează repede, curba termică se regularizează, iar starea generală se transformă. La facerea primului pansament, *după o lună sau două*, plaga se găsește acoperită de muguri roșii și vii, iar pielea dimprejur eritematoasă este acoperită de un strat ceros.

Personal, am avut prilejul de a aplica această metodă la câteva zeci de cazuri de osteomielită, larg trepanată, a membrelor. Ori de câte ori încercam să schimbăm pansamentul prin fereastra gipsului, se producea o bruscă ascensiune a temperaturei cauzată de traumatismul plăgii. Impresia ce am căpătat-o este că, în general, evoluția plăgii este mult mai favorabilă și mai scurtată, dacă imobilizarea în gips este urmată de pansamente rare.

Examenul bacteriologic al plăgilor astfel tratate, arată o repartiţie foarte interesantă a microbilor. Astfel, în timp ce pe pielea unsuroasă dimprejurul plăgii ca şi pe pansament, microbii pululează, pe plagă, din contra aceştia aproape nici nu există, sau, mai precis, pe suprafaţa plăgii există foarte rari microbi (2-3 pe câmpul microscopic). *Leriche* a făcut deseori asemenea constatări instructive.

Probabil că aceasta se explică prin curentul de limfă care aflueză din profunzimea ţesuturilor spre suprafaţa plăgii şi curăţă germenii. Astfel se realizează o veritabilă dezinfecţie profundă, biologică şi dinăuntru în afară.

Pe această constatare se bazează şi metoda nouă de dezinfecţie profundă a plăgilor denumită «listerizare intra-arterială» (injecţii pe cale arterială de substanţe chimice antiseptice ca gonacrina, mercurocromul, sulfamidele etc.) preconizată de *Goyanes, Reynaldo dos Santos* şi care, prin progresul ce reprezintă, tinde să înlocuiască metoda clasică de dezinfecţie chimică în suprafaţă a plăgilor.

In aceiaşi ordine de idei, Prof. *Daniel* şi *Mavrodin* au aplicat cu succes principiul nou de imobilizare a *focarului* infecţios, în locul principiului clasic de imobilizare a *bolnavei* în tratamentul inflamaţiilor ginecologice, practicând «blocajul anestezic» prin infiltraţii novocainice ale plexului lui Frankenhauser la baza ligamentelor largi.

* * *

Aplicarea acestei metode de către chirurgii spanioli a fost, probabil, determinată de circumstanţele particulare în care au trebuit să activeze. In primul rând, din cauza dificultăţilor de transport (ambulanţe sanitare grele şi aglomerate, drumuri înfundate şi impracticabile, triaj chirurgical anevoios etc.) răniţii nu puteau fi aduşi repede la chirurg. In al doilea rând, centrele chirurgicale nu posedau tot ce reclamă chirurgia modernă pentru execuţia corectă a unei intervenţiuni, aşa cum ne-a învăţat experienţa marelui războiu.

In rezumat deci, metoda de imobilizare sistematică şi rapidă în gips circular şi de pansament rar a plăgilor simple sau complicate de fracturi, în practica chirugicală de război în Spania, deşi nu constitue o «inovaţie», este totuşi o *chirurgie de adaptare la circumstanţe particulare, practicată cu un succes deosebit.* Ea face onoare chirurgilor spanioli, dar ar putea servi şi de exemplu şi învăţământ chirurgilor din alte ţări.

Consideraţiuni asupra unei caz de Agranulocitoză *)

D-ri. V. PLATAREANU, A. CÂRSTEA şi I. TANASESCU

Inainte de a face consideraţiunile ce le comportă cazul nostru, vom reda observaţiunea clinică.

In serviciul de urgenţă din Spitalul «Profesor Cantacuzino» s'a internat în ziua de 28 Aprilie 1939 bolnava E. I. de 43 ani, din Bucureşti pentru:

1. metroragii abundente cu chiaguri mari, brune închis, cu miros fetid;
2. starea de astenie intensă;
3. ameţeli.

Antecedentele heredo-colaterale

Fără importanţă pentru acţiunea prezentă. Bolnava a suferit de pojar în prima copilărie. A fost operată de apendicită acum 4 ani de care s'a vindecat în 8 zile. Nu a suferit niciodată de vreo boală venerică. De teamă, totuşi, a urmat acum 3 ani o serie de injecţii antispecifice. In compunerea tratamenului intra şi neosalvarsan. In acest an a urmat o a doua serie după a cărei ultimă injecţie s'a îmbolnăvit.

Bolnava a fost menstruată la 16 ani. Menstruaţiile veneau regulat şi ţineau 2—3 zile. S'a căsătorit la 17 ani şi a avut o sarcină la termen. Nu a avut nici un avort spontan sau provocat. Bolnava nu fumează şi duce o viaţă foarte regulată.

Istoricul boalei actuale

Boala a început Miercuri 27.IV.1939 cu o metrarogie foarte abundentă. După declaraţiile bolnavei, în acea zi a făcut împreună cu o altă bolnavă, care nu a avut nimic, doza VI neosalvarsan împărţită în două. Cu câteva zile mai înainte pacienta ne spune că «suferea de gingii»..

Metroragia pentru care se internează în spital, este însoţită de chiaguri mari.

Mai înainte de a se interna, a consultat un medic care i-a prescris o medicaţie cu calciu, dar care nu a modificat întru nimic pierderea sanguină. Starea de profundă oboseală şi ameţelile din ce în ce mai mari o hotărăsc să vină în spital.

Starea prezentă

Bolnava astenică subfebrilă, la intrare (37.3), cu tegumentele şi mucoasele foarte palide, prezintă ţesutul celular şi massele muschiulare normale. Pe abdomen se vede cicatricea de apendicectomie.

Prezintă metroragii abundente cu chiaguri mari, închise.

Pofta de mâncare mult scăzută, limba saburală. Mucoasa gingivală tumefiată, palidă şi pe alocuri roză-roşiatică. Stâlpii palatului şi amigdalele normale. Transitul intestinal normal. Nimic deosebit în rest.

Bolnava prezintă dispnee la cea mai mică mişcare, ce dispare repede cu repaosul. La auscultaaţie nu se găsesc modificări respiratorii şi nici raluri supra-adăugate. Deasemenea nu sunt modificări percutorii.

Puls slab, 120 pe minut. Tensiunea 14/9 la Pachon. Nimic anormal orificial.

Bolnava este aşezată la pat în repaos absolut. I se fac injecţii cu calciu, oleu camforat şi pe gură i se dau picături cu hidrastis canadensis după formula serviciului.

Se recomandă să se facă spălături iar ca examen de laborator se cere o hemogramă, al cărei rezultat din cauza marei aglomeraţiuni la laborator întârzie.

In ziua de 30.IV seara temperatura se urcă la 38°. Bolnava se plânge de dureri în gât, mai ales în dreptul amigdalei stângi, unde se văd elemente de amigdalită pultacee, iar pe amigdala dreaptă se vede o congestie intensă care interesează şi faringele şi din cauza căreia, gingiile, sângerează foarte uşor.

Bănuind existienţa unei amigdalite supra-adăugate peste metroragiile bolnavei, îi administrăm la 30 Aprilie şi la 1 Mai câte o injecţie intramusculară de Bismuth.

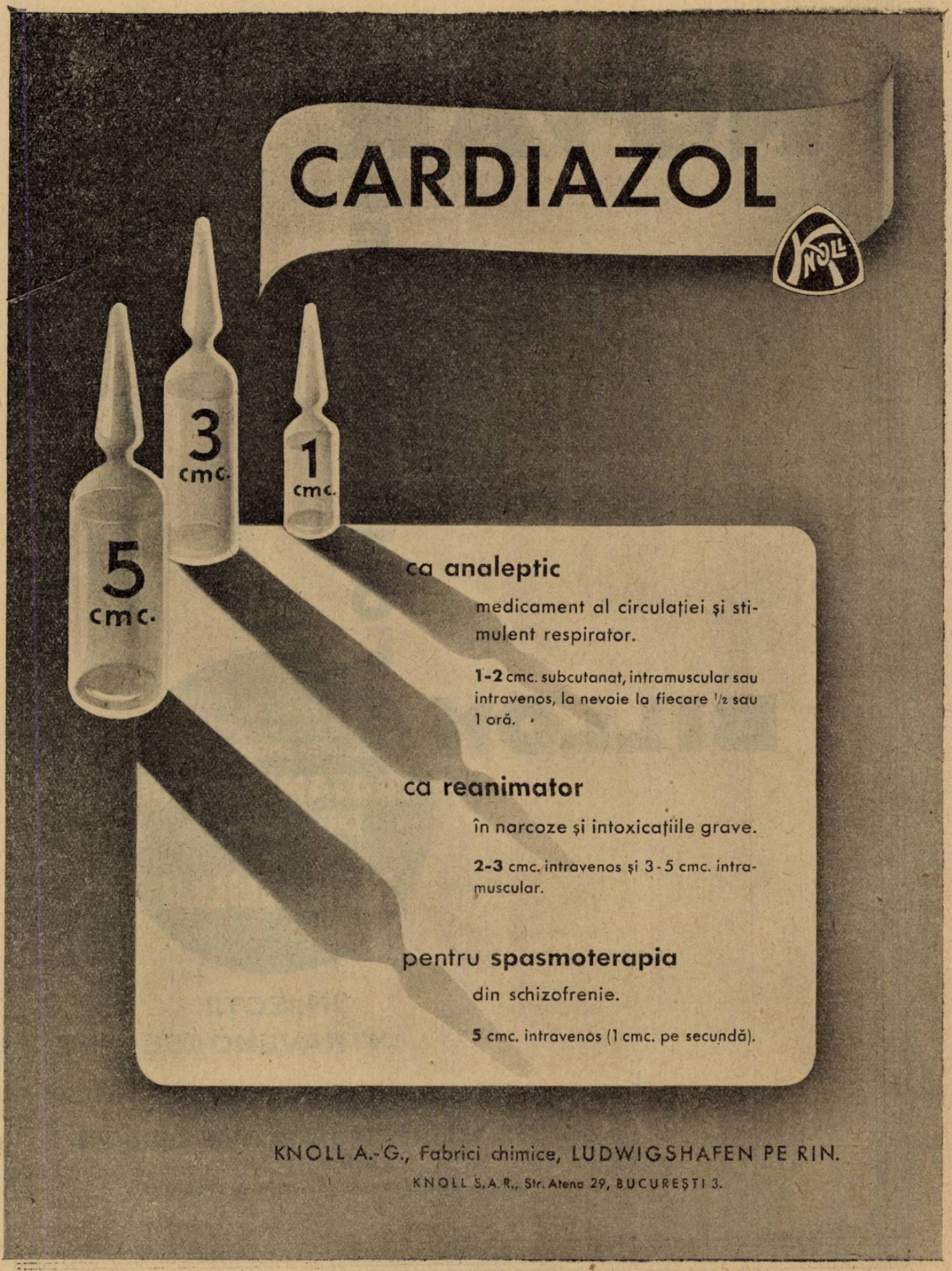
Pe ziua de 1.V.1939 bolnava are dureri foarte accentuate în gât şi la inspecţie prezintă pe amigdala stângă o ulceraţie cu caracter necrotic, ovalară, cam de 1 cc care se întinde pe amigdală şi pe stâlpul anterior. Amigdala dreaptă, vălul palatului şi faringele puternic congestionate. Gingivoragiile sunt mai accentuate; apare şi epistaxis.

In faţa acestui tablou ne-am exprimat bănuiala unei agranulocitoze, bănuială care a fost confirmată de examenul de laborator, la 1.V.1939 la I, care ne arăta:

Globule albe 400 pe mmc.
Polinucleare neutrofile 2%.
Polinucleare eosinofile 0%
Polinucleare bazofile 0%
Celule Türck 1%

Frotiul din amigdală arată o floră banală. Se suprimă bismuthul şi se fac câte 2 injecţii pe zi de Nucleonat de Na şi un abces de fixaţie care nu a reacţionat deloc. Deasemenea se fac câte 2 fiole zilnic de campolon şi se continuă injecţiile de calciu şi picăturile de hidrastis. Se propune bolnavei o transfuzie care din cauze materiale nu poate fi făcută decât pe

*) *Lucrare din Serviciul de Urgenţe şi Consultaţii Chirurgicale „Spit. Cantacuzino". Medic primar Dr. V. M. Plătăreanu*



Admis și de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

NOVARSENOBENZOL BILLON

RĂMÂNE MEDICAMENTUL CEL MAI INDICAT AL

TRATAMENTULUI DE ASALT AL SIFILISULUI

INJECȚII ÎNTRAVENOASE

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES **POULENC** Frères & "**USINES du RHONE**"

DRÉVILL

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

ziua de 3.V.1939. Se transfuzează 100 cc. de sânge după care hemograma bolnavei ne arată:

Numărul globulelor roşii 1.110.000 pe mmc.

Numărul globulelor albe 700 pe mmc.

Polinucleare neutrofile 3%

Polinucleare eosinofile 0%

Polinucleare basofile 0%

Celule Türck 1%.

Trombocitii nu s'au numărat. Timpul de coagulare 15 minute; iar timpul de sângerare 3 minute.

La 4 V rezultatul se menţine, deşi nu s'a făcut transfuzie din aceleaşi motive materiale de care am amintit mai sus. Hemograma arată:

Numărul globulelor roşii 1.800.000 pe mmc.

Numărul globulelor albe 700 pe mmc.

Polinucleare eosinofile 0%

Polinucleare bazofile 0%

Celule Türck 2%

Injecţiile cu campolon, nucleinat de Na, calciu şi picăturile de hidrastis se continuă.

Abcesul de fixaţie nu a reacţionat. In ziua de 5.V se transfuzează numai 50 cc. sânge. A doua zi se transfuzează 140 cc. sânge.

Deoarece hemoragiile continuau, s'a făcut injecţii şi injecţii cu Clauden.

Rezultatul laboratorului pe ziua de 5.V 1939 ne arată:

Numărul globulelor roşii 1.400.000 pe mmc.

Numărul globulelor albe 300 pe mmc.

Polinucleare neutrofile 1%

Polinucleare eosinofile 0%

Polinucleare bazofile 0%

Celule Türck 2%.

Familia bolnavei, prevenită de noi de gravitatea bolii, contrar dorinţei bolnavei, o scoate din spital. Din informaţiile ce deţinem, aceasta a fost internată într'o clinică, unde după 4 zile a murit. Nu cunoaştem ce tratament a mai urmat în acea clinică.

In rezumat este vorba de o bolnavă, care după un tratament cu neosalvarsan a prezentat un sindrom hemoragic pe care la un moment dat au apărut ulceraţii necrotice în gură şi o mare scădere a polinuclearelor în sânge. Prin aceasta bolnava noastră se situează mai mult în grupul descris în 1915 de *Frank* sub numele de «aleukia hemoragica» şi care este caracterizat prin:

a) anemie criptogenetică de tip aplastic;

b) leucopenie cu agranulocitoză şi cu toate semnele ei: ulceraţii necrotice, febră, etc.;

c) trombopenie şi hemoragii.

Se ştie că în 1922, *Schutz* a izolat un sindrom care-i poartă numele, caracterizat prin:

1. leucopenie sub 1000 pe mmc. cu dispariţia totală a granulocitilor sau polinuclearelor;

2. stare toxi-infecţioasă gravă şi temperatură mare;

3. ulceraţii pe mucoasa buco-faringiană şi în special pe amigdale, întâlnite însă şi pe mucoasa vaginală sau piele;

4. absenţa hemoragiilor şi a semnelor de diateză hemoragică;

5. origină criptogenetică;

6. predominarea bolii la femee.

Intre «Aleukia hemoragica» a lui *Frank*, cunoscută şi sub alte nume cum ar fi «Amielie», «Mieloză globală aplastică» *G. Di Guglielmo)*, «Panmiloftizie» *(P. Emil-Weil)* şi între Agranulocitoza» lui *Schultz* există o serie de stări intermediare care au făcut pe Americani să formeze din ele un singur grup denumit «Agranulocitoză». Sunt însă destui autori care descriu o «Agranulocitoză pură» tip Schultz şi «Stări sau sindrome agranulocitare» *(R. Lettulle)*. Ceeace le uneşte este starea toxi-infecţioasă, leucopenia şi mai ales reducerea sau suprimarea polinuclearelor, din care cauză sa dat numele întregului grup de «Agranulocitoză». Unii autori socotesc însă că leucopenia este mai puţin accentuată în stările agranulocitare, scăderea granulocitilor mai puţin pronunţată şi se observă în plus destul de des apariţia de leucocite tinere (leucoblaste, prolimfocite, celule Türk).

Toată lumea este de acord în a recunoaşte că stările descrise mai sus sunt rezultatul unor atingeri a măduvei osoase. Funcţiunile acesteia sunt multiple. Astfel la nivelul ei se formează leucocitele, hematiile şi trombocitii sau hematoblaştii.

Nu este locul să mai discutăm şi celelalte funcţiuni ale măduvei osoase (secreţie de plasmă, hormoni, rolul ei în coagulabilitate, etc.).

Patologia generală ne dă multe exemple când un proces patologic interesează numai una din funcţiunile unui organ.

Schematic putem considera sindromul lui Schultz ca o turburare leucoformatoare a măduvei osoase. Interesarea în acelaş timp a funcţiunei eritroblastice a măduvei, se traduce în plus şi printr'o anemie, care de cele mai multe ori este medie, dar care poate fi şi gravă. Ea este mai ales aplastică, adică este caracterizată prin lipsa elementelor tinere. Dacă se adaugă şi atingerea funcţiunii trombocitogenice avem şi o trombopenie, care poate merge dela 2 — 300.000 de plachete, câte se găsesc în mod normal pe mmc., până la câteva mii.

Această scădere ştim că se însoţeşte de un sindrom hemoragic asupra căruia nu insistăm.

In acest din urmă caz procesul patologic loveşte măduva osoasă în toate funcţiunile ei şi avem tabloul cunoscut sub numele de «Aleukia hemoragică» a lui Frank.

Gradul de atingere al diferitelor funcţiuni ale măduvei creează mai multe variante despre care am pomenit mai sus. Astfel putem avea agranulocitoza cu anemie *(N. Lupu, Daniel* şi *Nicolau, Mouguin* şi *Pleury*, etc.); mai întâlnim agranulocitoză cu hemoragii dar fără o anemie prea accentuată *(Ch. Aubertin* şi *Levy, Moore* şi *Foby, etc.)*, şi în fine «Aleukia hemoragică» ce le cuprinde pe toate aceste simptome.

Agranulocitoza pură reprezintă deci numai atingerea funcţiunei leucoformatoare a măduvei osoase, care se traduce prin leucopenie cu agranulocitoză, ulceraţii bucale şi stare infecţioasă. Agentul patogen acţionează probabil şi în alte regiuni unde se formează leucocitele. Una dintre acestea pot fi considerate amigdalele şi poate din această cauză se produc ulceraţii care fac parte integrantă din tabloul agranulocitozei. Faptul că de cele mai multe ori aceste stări evoluează cu febră, ne face să înclinăm pentru originalor infecţioasă, părere susţinută dela început de *Schultz*.

Sunt unele boli, — febra tifoidă, — care evoluează cu leucopenie şi mononucleoză. Aceasta se evidenţiază tocmai din cauza hipogranulocitozei. Ştim că în aceată boală au fost descrise de către *Duguet, Devie, Schaefer*, ulceraţii profunde ce ocupă stâlpul anterior al vălului palatului şi cari se întind şi pe amigdală. *Louis* a descris alte ulceraţii tardive, faringiene.

S'ar putea pune întrebarea dacă ulceraţiile plăcilor lui Payer din cursul acestei boli nu au oarecare legătură cu cele de mai sus, deşi plăcile sunt mai ales organe limfoide. Febra tifoidă ne-ar apărea astfel o boală a sistemului reticulo-endotelial, a cărei funcţiune leucoformatoare ar atinge-o în primul rând.

In concluzie agranulocitoza sau hipogranulocitoza pură, însoţită de leucopenie, ulceraţii bucale şi tabloul infecţios formează un sindrom care traduce atingerea funcţiunei leucoformatoare a măduvei osoase şi a amigdalelor. Astfel ne este greu să considerăm agranulocitoza numai un simptom aşa cum face d. dr. *Şerban Brătianu*.

In ceace priveşte etiologia acestor afecţiuni am spus că *Schultz* pentru agranulocitoză pură admitea un virus filtrant specific, fapt care nu a fost cu nimic dovedit.

In multe cazuri hemocultura a fost pozitivă în special pentru streptococi. Nici pe aceasta nu putem pune prea mare bază, din cauză că atunci când hemoculturile sunt pozitive, organismul este prea slăbit şi probabil că e năvă-

lit de infecţii secundare. Cu toxina streptococului viridans s'a produs însă, experimental, la iepure un tablou asemănător agranulocitozei acute dela om.

Intoxicaţiile profesionale sau medicamentoase sunt admise de toţi drept cauze posibile ale apariţiei agranulocitozei.

Astfel, această afecţiune se poate întâlni la cei care lucrează în industrii unde se întrebuinţează benzol sau derivaţi.

Medicamentele cari au în compunerea lor un nucleu benzenic sau benzolic sunt cele mai dese cauze ale agranulocitozei. Astfel sunt cunoscute o mulţime de cazuri produse prin arsenobenzen, piramidon, amidopirină, dinitrofenol. S'au văzut apoi cazuri datorite intoxicaţiei cu săruri arsenicale pentavalente cum sunt stovarsolul, acetylarsanul, cu săruri de Bismuth şi de aur.

In fine radioterapia poate fi şi ea, atunci când se face fără control, cauză de agranulocitoză.

In ceeace priveşte mecanismul de producere al agranulocitozei, cauzele pe care le-am pomenit mai sus pot să acţioneze în mai multe feluri.

In primul rând am avea o inhibiţie leucoformatoare la nivelul măduvei; Acesta pare să fie elementul principal în afecţiunea de care ne ocupăm. Creşterea acidului uric în sânge, poate fi interpretată ca o dovadă că, în acelaşi timp se produce şi o distrugere a leucocitelor în sângele circulant. In fine, anumite păreri de care vom vorbi imediat, admit şi o refugiere a leucocitelor polinucleare în organele de şoc (splină, ficat).

Intr'adevăr, trebue să recunoaştem că, numărul cazurilor de agranulocitoză este foarte mic în comparaţie cu marele număr al celor ce întrebuinţează medicamente unanim recunoscute ca generatoare de agranulocitoză. Deasemenea, nu există nici o normă după care să ne dăm seama cum şi când intervin elemente infecţioase. Din această cauză, congresul german dela Wiesbaden din 1935, a admis că agranulocitoza trebue socotită ca o *boală anafilactică*. In felul acesta, nu numai anumiţi indivizi reacţionează prin o scădere a leucocitelor, la anumite infecţii sau medicamente.

Starea aceasta poate fi proprie individului şi atunci reacţionează cu agranulocitoză dela prima atingere cu elementele agranulocitogenice. De cele mai multe ori însă, ea se formează prin atingeri succesive, care sensibilizează organismul. De aci, nevoia de a controla cât mai des, prin examene sanguine, numărul şi formula leucocitară a celor supuşi la tratamente cu medicamente cunoscute ca fiind capabile să producă agranulocitoză. Poate din această cauză se înmulţesc din ce în ce mai mult numărul cazurilor de agranulocitoză şi începe să se vorbească de o «Agranulocitoză cronică». Se pare însă că fenomenele clinice apar înaintea celor de laborator. De aceea este bine ca bolnavii ce urmează tratamente radioterapice, cu săruri de aur, bismut, arseno-benzenice, etc., să fie bine controlaţi. De îndată ce apare o oboseală, ameţeli, paliditate, subicter, erupţii cutanate, hemoragii spontane sau purpură, să se facă examene repetate ale globulelor albe şi dacă există tendinţă la scăderea numărului lor şi mai ales a polinuclearelor, să se suprime tratamentul.

Diagnosticul diferenţial al stărilor agranulocitare se poate face cu următoarele maladii:

1. *Amigdalitele* de diferite forme Frotiurile de pe amigdală şi examenul hematologic, ne ajută să eliminăm agranulocitoza.

2. *Anginele limfo-monocitare* — sunt caracterizate printr'o amigdalită variabilă, printr'o micropoliadenopatie, care nu există în agranulocitoză şi printr'o mărire a numărului de globule albe, datoriă înmulţirei limfocitelor şi mononuclearelor. Polinuclearele scad sau dispar, apărând însă foarte repede în cursul convalescenţei.

3. *Leucemiile leucopenice*, sunt mai repede stări transitorii la începutul leucemiilor acute, şi apar în cursul tramentului radioterapic. Sunt însă cazuri când hemoragiile şi necroza bucală, precum şi tabloul hematologic, fac foarte grea o deosebire între aceste leucemii şi stările obicinuite agranulocitare.

In ceeace priveşte tratamentul agranulocitozei el va urmări:

a) *Exercitarea producerii leucocitelor* la nivelul măduvei osoase; prin: iradiaţii ale epifizelor (sub 200 R.), abces de fixaţie, injecţii cu derivaţi ai acidului nucleinic (nucleinat de Na, nucleotid de pentoză), injecţii cu extrase hepatice şi în fine prin tratament piretorapic.

b) *Transfuzii repetate de sânge*, care activează înlocuind leucocitele distruse şi poate şi prin excitarea măduvei osoase — proba acestui fapt fiind înmulţirea globulelor roşii şi apariţia de elemente tinere.

Schitenhelm, în Germania, a întrebuinţat într'un caz pe care nu l'a publicat, transfuziile de sânge dela un leucemic şi bolnavul s'a vindecat. Câte un caz asemănător *Bock* şi *Th. Deglmann*.

In privinţa acţiunei nu se poate spune dacă este numai o înlocuire a globulelor albe sau mai intervine şi un mecanism biologic. In orice caz, bolnavul trebue să fie din acelaş grup sanguin şi transfuzia trebuie repetată. Bock a repetat-o de 14 ori până la vindecarea completă.

In rezumat, cazul nostru recunoaşte drept etiologie neosalvarsanul şi se prezintă ca rezultatul unei atingeri totale a funcţiunilor măduvei osoase.

Agranulocitoza pură poate fi considerată ca o turburare a funcţiunei leucoformatoare a măduvei osoase şi poate şi a altor organe cum ar fi amigdalele.

BIBLIOGRAFIE

1. Aubertin Gh. Agranulocitose. Bibliografie. L'anée médicale pratique 192).

2. Aubertin Ch. et Lévy R. L'angranulocytose au cours du traitement antisiphylitique. Années médicales, 2 Febr. 1930).

3. Bock. (Zbl. inn. Med. 1935 pag. 285).

4. Brătianu S. Simptomul agranulocitar. Agranulocitoza şi maladia lui Werner-Schultz. (Mişcarea Medicală N. 1-2 din 1938).

5. Dalous, Roques et Fabre J. Agranulocytose fruste et curable post arsénobenzolique.

(Soc. de Médicine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse Avril 1936 din La Presse Médicale N. 66 — 1938).

6. Deglmann Th. Zur Therapie der Agranulocytose Heilung durch Leukämieblut. (Deutsche Medizinsche Wochenschrift N. 45 din 1937).

7. Dumitrescu-Mante şi Tocilescu. Angină granulocitopenică terminând prin aleucie hemoragică. (Revista Ştiinţelor Medicale N. 8 din 1931).

8. Fridemann U. Ueber Angine agranulocytotica. (Medical Klinik Oct. 1923).

9. Gougerot, Blum, Begas, et Brouet. Agranulocytose et Herpés postarsenobenzoliques. (Soc. Français de Dérmatologie et de Syphiligraphie 13 Fevrier 1936 din La Presse Médicale N. 22 din 1936).

10 Letulle R. Les Agranulocytoses. (La Presse Médicale N. 102 din 1936).

11. Lupu Gh., Daniel I. şi Nicolau C. Observation sur un caz de leucoerythrophisie. (Bulletin de la Soc. Médicale des Hopitaux de Bucarest N. 6 din 1930).

12. Mouzen J. L'agranulocytose. (La Presse Médicale N. 81 din 1926).

13. Schultz W. Deutsche Gangräneszie-Agranulocytose. Munch. Mediz. Wochenlozytensystems.

16 Schultz W. Neue Erfahrungen ueber Agranulocytose. Munch. Mediz. Wochenschrift. Sept 1928).

17. Zadek J. Zur Frage der Agranulozytose. (Med. Klinik Mai 1925.

13. Ravina A. L'Agranulocytose Traitement par la transfusion de sang leucemique. (La Presse Médicale N. 98 din

14. Plichet A. Données nouvelles sur l'étiologie et le traitement de l'agranulocytose. (La Presse Médicale N. 51 din 1935).

Antisepticul chimioterapeutic

Rivanol

Pentru pansamente în adâncimea şi suprafaţa plăgilor; contra tuturor cocilor supurativi.

In procese infecţioase, supuraţii localizate, infecţiuni circulare, irigaţiuni şi tamponări.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86. Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.

DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC

GRANULE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." S. A. R. București, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL ULCERELOR VENERICE NESPECIFICE (Şancru moale)

de Dr. OLARIU G. şi Dr. I. GAROTESCU

In ultimul timp, aplicarea superoxizilor în practica chirurgicală şi dermatologică a luat un mare avânt, datorită marilor avantaje pe cari le prezintă prepararea lor azi. La început a fost întrebuinţată apa oxigenată, dar având proprietăţi iritante, caustice şi descompunându-se după câtva timp, s'a căutat alţi superoxizi mai stabili şi mai puţin iritanţi.

Astfel, există unii superoxizi organici apoi superoxidul de calciu, superoxidul de zinc şi superoxidul de magneziu. Cele mai bune, sunt acelea în cari superoxidul se află în stare solidă putându-se prepara întotdeauna soluţii proaspete şi eficace. Printre preparatele solide se plasează în prima linie *Hyperolul Richter*.

Hiperolul, cunoscut din anul 1911 când a fost pus în comerţ, este o combinaţie a superoxidului de hydrogen cu uree, la care se adaugă pentru stabilitate, mici cantităţi de acid citric. El se află în comerţ sub formă de praf fin, alb, cristalin, inodor, de gust sărat şi sub formă de tablete.

Hyperolul conţine 34% pondere adică 100% volum de superoxizi de hidrogen. Solubil în apă şi alcool, perfect stabil, putându-se păstra timp îndelungat. In plus, uşor de transportat şi putându-se prepara cu orice fel de apă.

Amintim succint proprietăţile terapeutice ale Hyperolului.

a) *Acţiunea desinfectantă: Hyperolul* venind în contact cu ţesuturi organice, degajă oxigen în stare născândă cu o acţiune bactericidă foarte puternică, eliminându-se cu această ocazie toate secreţiile patologice.

b) *Acţiunea dezodorizantă* se datoreşte oxidaţiei; mirosul fetid al plăgilor infectate dispărând cât se poate de repede.

c) *Acţiunea hemostatică.* Hyperolul amestecat cu sânge, formează un chiag aderent, oprind hemoragia.

d) *Acţiunea analgesică,* mai ales în stomatologie.

e) *Acţiunea decolorantă.* In dermatologie şi cosmetică.

f) *Acţiunea decapantă* este bazată pe degajarea oxigenului în stare născândă, care se ridică sub formă de spumă, depărtând crustele, ţesuturile necrotice.

Bazaţi pe aceste proprietăţi ale Hyperolului, de curăţire a ţesuturilor necrotice, de oxidare şi regenerare a lor, am început să lucrăm atât în clientela particulară cât şi în serviciul de specialitate dela Spitalul Witting, Bucureşti, asupra ulcerelor veneriene, nespecifice, ale căror observaţiuni le dăm mai jos:

Observaţia I. M. I. avocat, ulcer venerian al şanţului balanoprepuţial.

In analiza secreţiei, se găsesc bacili Ducrey.

Se prezintă la consultaţiuni cu un şancru cât un bob de porumb, murdar, exulcerat, datând de circa 7 zile. Incepem imediat tratamentul cu *Hyperol* praf. După o bae caldă a plăgii şi curăţirea în jur cu benzină, punem cu o spatulă un vârf de praf Hyperol pe toată suprafaţa şancrului. In jur, întind o mică suprafaţă cu vaselină dermatolată, spre a nu fi ţesutul sănătos în contact direct cu Hyperolul, comprese izolante între gland şi prepuţ.

Primele zile schimb două pansamente, ulcerul devine roşu, curat, sensibil, apoi după 10 pansamente, dispare complect. Nici o atingere a ganglionilor.

Observaţia II. Marin M. 28 ani, şancra moale al glandului, datând de 6 zile, după un tratament cu Hyperol praf, dispare după 12 zile, fără nici o complicaţie ganglionară.

Observaţia III. D. Nicolae A. avocat, ulcer nespecific al şanţului balano-prepuţial. In secreţie bacili Ducrey. După tratament cu Hyperol, care început târziu, a 20 zi, dela apariţie, se prind ganglionii din regiunea inguinală stângă. In plus, pe faţa dorsală a penisului, apare o tumefacţie moale, mare cât o alună, roşie şi dureroasă. Limfangită foarte evidentă a penisului. După câteva zile, această tumefacţie abcedează spontan şi se transformă într'o ulceraţie fagedenică, murdară brună, secretând o serozitate murdară şi cuprinzând faţa dorsală a penisului, într'o suprafaţă cât a unei monede de 20 lei.

Incizăm adenita stângă şi începem tratamentul cu Hyperol pulbere al plăgii fegedenice şi totodată şi a plăgii inguinale. Deşi a mers foarte greu, totuşi, după aproape 20 zile de pansamente foarte conştiincios schimbate de 2 — 3 ori pe zi, se vindecă complect, bolnavul scăpând de suferinţele unor eventuale cauterizări cu fenol.

Observaţia IV. D. P. Constantin, taxator la C. F. R., ulcer nespecific al frenului mare cât un bob de grâu. Tratament cu Hyperol. După 8 şedinţe complect vindecat. Adenită inguinală bilaterală, care cu repaus şi ghiaţă, cedează fără a fi nevoie de intervenţie.

Observaţia V. D. Emil C. funcţionar la C. F. R., ne consultă pentru un şancru multiplu (în coroană) în regiunea şanţului balano-prepuţial, afecţiunea datează de circa 10 zile, în care timp a făcut câteva cauterizări cu fenol. Ulcerele murdare, adânci, foarte dureroase. Incepem tratamentul cu Hyperol şi după 15 zile de tratament, bolnavul pleacă vindecat, fără tumefacţie ganglionară.

Observaţia VI. M. Vasile, ulcer al frenului de mărimea unui bob de porumb, datând de circa 15 zile, adenită inguinală, dreaptă. Incepem tratamentul şi după 14—15 pansamente, şancrul se vindecă, iar adenita este incizată. Pansament cu Hyperol şi post-operator foarte rapid.

Observaţia VII. Fl. I. casier C. F. R. ulcere multiple ale şanţului balano-prepuţial, datând de aproape 12 zile, tumefiacţie şi limfangită a penisului. Parafimoză foarte dureroasă.

Incepem spălăturile subprepuţiale cu hypermanganat, băi calde şi după retragerea limfagitei şi parafimozei, începem tratamentul cu Hyperol, al şancrului. După 20 zile, vindecat.

Observaţia VIII. Mihai C., portar, 30 ani, ulcere multiple ale frenului şi glandului cu parafimoză şi scurgere murdară, după gland. Băi calde, spălături cu soluţie Hyperol 3%, apoi tratament cu Hyperol praf. După circa 18 şedinţe, complect vindecat.

Observaţia IX. C. Constantin, student, ulcer nespecific al şanţului balano-prepuţial, mare cât o alună, dureros, murdar, adenita inguinală stângă după vindecarea în circa 10 zile a şancrului.

Incizăm adenita pe care o pansăm cu praf de Hyperol. Vindecare rapidă.

Observaţia X. D. V. T. Şancru moale al frenului multiplu, datând de 15 zile, tratat cu fenol în cauterizări. Ulcer murdar, adânc, brun, cu margini neregulate, cu tendinţă de fagedenizare. Incepem tratamentul cu Hyperol, schimbând 2—3 pansamente pe zi. Adenita inguinală incipientă, dispare după repaus şi pungă cu ghiaţă. Intinderea şancrurilor se opreşte, şi bolnavul se vindecă după 25 de zile de tratament. In afară de aceste cazuri expuse, am mai tratat în serviciul dela spital şi un caz de plagă atonă, lombară, după nefrectomie pentru tbc. renal, precum şi câteva cazuri de flegmoane ale scrotului dintre cari unul gazos. Rezultatele fiind încă în experimentare, le vom expune cu ocazia unor alte comunicări.

Concluziuni. Am expus tratamentul ulcerelor nespecifice veneriene cu Hyperol pulbere, fiind convinşi în total de eficacitatea acestui produs indigen.

1. Hyperolul este un preparat de

superoxid de hydrogen, în stare solidă, stabil şi putându-se păstra în flacoanele sale originale un timp foarte îndelungat fără a pierde ceva din eficacitatea sa.

2. Aplicarea lui este extrem de simplă, iar soluţiunile se pot prepara extemporaneu.

3. In dermatologie, bazaţi fiind pe proprietăţile lui desinfectante, decapante şi regeneratoare, am avut după cum am expus mai sus, rezultate foarte încurajatoare în şancrele moi şi în plăgi atone murdare, fără tendinţă la cicatrizare. Şancrul, din murdar, adânc, cum era, după câteva zile de tratament, devine roşu, curat, se creţiunea murdară dispare şi începe regenerarea şi *epitelizarea*.

4. Lipsa de toxicitate, de arsuri, cum şi mânuirea sa foarte uşoară îl pune la îndemâna oricui.

5. Ambalajul practic şi transportul cu uşurinţă dau posibilitatea de a fi întrebuinţat în colţuri depărtate de centrele spitaliceşti.

6. Lipsa de durere îl face să fie cu preferabil fenolului.

Asupra tratamentului limfogranulomatozei inguinale benigne cu săruri de antimoniu

de Docent Dr. TRIFU şi Dr. I. ILIESCU

Se ştie că tratamentul limfogranulomatozei inguinale a comportat numeroase încercări şi procedee. Diversele metode aplicate, după varietatea cazurilor au dat de multe ori rezultate bune, dar s'au semnalat deasemeni şi destul de dese eşecuri.

In cazurile grave cu fenomene subiective alarmante însă, am încercat tratamentul cu neo-antimosan (Fuadin) şi rezultatele obţinute cu acest preparat îl vom înfăţişa în acest articol, în câteva observaţiuni luate dintr'o serie de cazuri, tratate şi urmărite de noi în curs de 3 luni (atât în cabinet cât şi la Dispensarul Nr. 3 al Casei Asigurărilor sociale).

Obs. 1. Pacientul I. E. de 18 ani, de meserie ajutor de sudor, vine pentru consultaţie la dispensarul Nr. 2 al Casei Asig. Sociale, în serviciul de genito-urinare de sub conducerea D-lui Dr. Trifu, în ziua de 30 Octombrie 1937 pentru o tumefacţie în regiunea inguinală dreaptă însoţită de durere şi febră accentuată.

Antecedente H. Cl. — Fără importanţă.

Ant. personale. — Nu-şi aminteşte să fi suferit cândva de vre-o maladie infecto-contagioasă. N'a avut niciodată vre-o afecţiune pulmonară.

Istoric. Boala actuală a început prin tumefierea ganglionilor reg. inguinale, dureri şi după câteva zile şi febră. Din cauza durerilor acute bolnavul avea insomnie. Bolnavul pretinde că aceste fenomene au apărut cam la 25 zile după rapotul sexual.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie medie are tegumentele şi mucoasele palide. In regiunea inguinală dreaptă prezintă o adenopatie de mărimea unui ou de găină, dură, aderentă la planurile profunde şi foarte dureroase la palpare. Din partea aparatului cardio-vascular-respirator şi digestiv nu se constată nimic anormal.

Reacţia B. W. = negativă. Reacţia Frei = pozitivă.

Se stabileşte diagnosticul de limfogranulomatoză inguinală sub-acută şi se începe tratamentul prin injecţiuni cu Fuadin.

In ziua de 4 Noembrie 1937 bolnavul primeşte prima injecţie de 3 cmc. de Fuadin intramuscular. Următoarele 2 zile (5—6 Noembrie) se repetă injecţiile cu doză crescută (4 cmc.) Fenomenele subbiective au cedat rapid după a 2-a injecţie, bonavul simţindu-se mult ameliorat şi putând dormi. Adenopatia retrocedează treptat. Se repetă injecţiile din două în două zile cu aceiaşi cantitate (4 cmc.) în care timp tumefacţia ganglionară se retrage progresiv. După a 9-a injecţie adenopatia abia se mai observă, în starea generală a bolnavului este foarte mulţumitoare.

Obs. 2. Bolnavul S. D. de 24 ani, vine la serviciul de consultaţii genito-urinare (acelaş dispensar pentru adenopatie inguinală bilaterală, durere şi febră.

Antecedentele heredo-colaterale. Fără importanţă.

Ant. personale. A suferit prima oară de blenoragie în 1932, apoi în 1936 când a avut şi epididimită stângă. In 1934 a avut mai multe ulceraţii şancroase. Şi-a făcut în mai multe rânduri examenul sângelui cu rezultat întotdeauna negativ.

Istoricul maladiei actuale. Boala a început în primele zile ale lunei Iunie 1937 prin tumefacţia dureroasă a ganglionilor inguinali. După 2—3 zile dela apariţia adenopatiei bolnavul a început să aibă şi febră. La 16 Iunie adică la vre-o 10 zile dela apariţia boalei se prezintă la consultaţie.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie medie are tegumentele şi mucoasele palide. La examenul regiunilor inguinale se observă atât la dreapta cât şi la stânga câte o tumefacţie de mărimea unui ou de găină, dură, dureroasă, aderentă în profuzime.

Examenul general al bolnavului nu arată nimic anormal din partea aparatului cardio-vascular-respirator şi digestiv. Nu prezintă nici o plagă la vreunul din membrele inferioare. I se recomandă intradermoreacţia Frei care dă un rezultat pozitiv, stabilindu-se astfel diagnosticul de limfogranulomatoză inguinală subacută. I se face de către D. Dr. Trifu prima injecţie cu Fuadin. Tratamentul prin injecţii se continuă apoi în zilele următoare 17, 18, 20, 22, 24, 26, 28 Iunie făcându-se în total 10 injecţii dintre cari primele 3 la intervale de 24 ore, iar următoarele din 2 în 2 zile. După a 2-a injecţie febra a cedat, iar după a 5-a a început să scadă şi adenopatia. După a 8-a injecţie ganglionii abia se mai simţiau şi erau complect nedureroşi la palpare. Starea generală a bolnavului este foarte mulţumitoare.

Obs. 3. Pacientul C. Dem., de 40 ani, chimist, se prezintă la consultaţie pentru adenopatie bilaterală de mărimea unui ou de găină, însoţită de febră 38—39°,5. Boala datează de o lună jumătate.

Examenul somatic al bolnavului nu arată nici o leziune, nici o plagă la vreunul din membrele inferioare. Nici o maladie venerică în antecedente.

Reacţia B. W. = negativă. Reacţia Frei = pozitivă.

I se administrează neo-antimosan (Fuadin pe cale intramusculară.

După prima injecţie febra scade, iar după a doua dispare complect. După 4 injecţii volumul adenopatiei s'a redus la jumătate. Starea bolnavului e excelentă, adenopatia regresează treptat.

Obs. 4. Pacientul M. Gh., funcţionar, prezintă adenopatie bilaterală de mărimea unui ou de găină, durere şi febră (38,5). Boala datează de aproximativ 2½ luni. La examenul somatic nimic anormal. Nici o plagă a membrelor inferioare. Nici o altă maladie venerică. Reacţia B. W. = negativ. Reacţia Frei = pozitiv. I se injectează neo-antimosaan. După a doua injecţie febra scade pentru ca după a treia să dispară complect. După a 5-a injecţie adenopatia începe să retrocedeze până la dispariţia complectă.

Obs. 5. Bolnavul M. M., 27 anii, funcţionar.

Ant. personale = şancru moale în 1932. Reacţia B. W. = negativ. Reacţia Frei = pozitivă.

Adenopatie bilaterală, febră şi durere.

După prima injecţie cu Fuadin, durerea dispare. După a 4-a injecţie tumefacţia

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CĂRBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Modul de întrebuinţare: De preferinţă înainte de mese 1—3 cachete pe zi

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVIe

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

Colyr apos isotonic pe bază de Zinc sulf. clorh. de tetrametyltionin, aqua hamamel. sol. adrenalină 1‰ etc.

ISOCOLYR

Nedureros **Flacon pipetă**

Indicat în: Hyperaemie, Conjuctivită, Blepharită etc.
Doze: 2 — 3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre medicale trimite la cerere:
M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

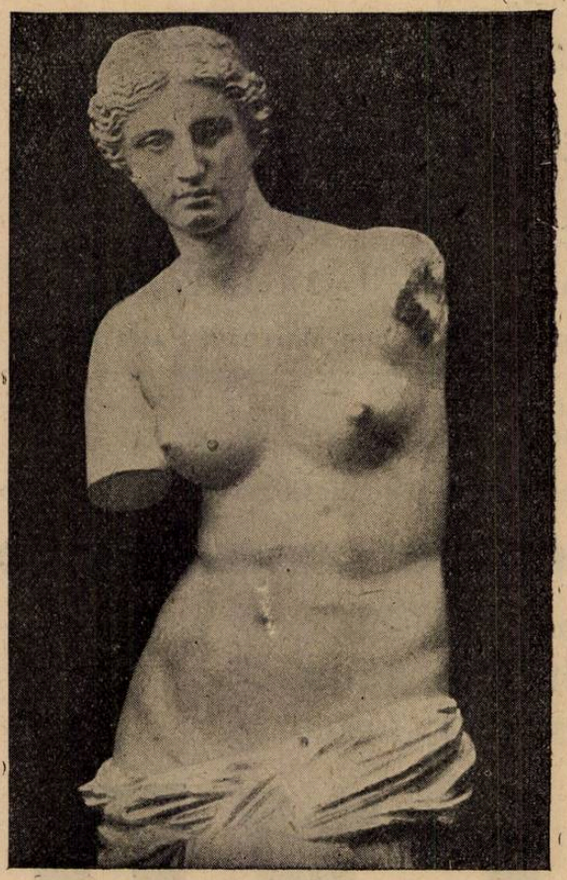
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, **insuficienţă thyroidiană,** exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare. Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRA"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

ganglionară începe să se retragă. După a 9-a injecţie adenopatia din regiunea inguinală dreaptă a dispărut complect, iar cea din stânga abia se mai observă. Starea generală este foarte bună.

Obs. 6. Pacientul F. Mih., de 33 ani, şofer, prezintă o adenopatie inguinală unilaterală de mărimea unui ou de gâscă, ce datează de aproximativ două luni, însoţită de durere şi febră (37,8 — 39°. Nimic important la examenul general al bolnavului. Nimic veneric supra-adăogat.

Reacţia B. W.=negativă. Reacţia Frei = pozitivă.

Se încep injecţiile cu Fuadin. După prima injecţie febra scade, iar după a treia dispare complect. După a treia injecţie începe să se retragă şi adenopatia, în timp ce durerea a dispărut complect. După a 5-a injecţie volumul adenopatiei e redus la jumătate.

Obs. 7. Pacientul P. Oct., 22 ani, student, prezintă o adenopatie unilaterală de mărimea unui ou de găină, însoţită de febră şi durere (38 — 39°). Boala datează de aproape 2 luni jumătate. Examenul somatic nu arată nimic anormal, nici o maladie venerică în antecedente.

Reacţia B. W. = negativă. Reacţia Frei = pozitivă. Se începe injecţii cu Fuadin şi după a doua injecţie febra scade, iar după a 3-a dispare. După a 5-a volumul adenopatiei este redus la jumătate.

Obs. 8. Pacientul A. Vas., 25 ani, student, prezintă adenopatie bilaterală, ce datează de aproape 3 luni, cu durere şi febră (38 — 39°,5) în ultimul timp. Examenul general al bolnavului nu arată nimic important, care să explice fenomenele subiective. Nu are altă maladie venerică. Reacţia B. W. = negativă. Reacţia Frei pozitivă.

Se începe tratamentul prin injecţii cu Fuadin şi după a doua injecţie febra cedează, iar după a treia dispare complect. Tumefacţia a scăzut considerabil după a cincea injecţie.

Obs. 9. Pacientul V. Petre, de 32 de ani, avocat, prezintă adenopatie bilaterală, datând de 2 luni. In regiunea inguinală dreaptă adenopatia are mărimea unui ou de găină, cea din partea opusă însă este mai mică. Concomitent are durere şi febră (39 — 40°. Examenul general, nimic anormal. Reacţia B. W. = negativă. Reacţia Frei = pozitivă.

După prima injecţie febra cedează pentru a dispare după 3 injecţii, iar adenopatia s'a redus considerabil după 5 injecţii Starea generală devine foarte bună şi la sfârşitul seriei de 10 injecţii bolnavul e vindecat din punct de vedere clinic.

Obs. 10. Pacientul Const. de 29 ani, avocat, prezintă adenopatie bilaterală, ce datează de 3 luni. In ultimul timp se însoţeşte şi de febră (38 — 39°) şi dureri mari. Examenul general, nimic anormal.

Reacţia B. W. = negativă. Reacţia Frei pozitivă. Se începe tratamentul şi după a doua injecţie febra scade, iar după a 4-a dispare complect. După a 6-a injecţie volumul adenopatiei e redus sub jumătate. La sfârşitul tratamentului bolnavul, cu o stare generală excelentă, este clinic vindecat.

Observaţia acestor cazuri ne-a arătat că sărurile de antimoniu au avut o acţiune puternică, mai ales în ceeace priveşte dispariţia fenomenelor alarmante subiective (durere şi febră) ce însoţesc limfogranulomatoza inguinală subacută. Pe lângă aceasta, procedeul de tratament pe cale clinică, se bucură şi de alte avantagii şi anume:

1. A fost totdeauna bine suportat de bolnav şi nu ne-a dat nici un accident.

2. Aduce ameliorare stării generale a bolnavului, ce se observă după primele injecţii (dispariţia durerii şi a febrei).

3. Este un tratament ambulatoriu uşor de aplicat de orice medic întrucât nu comportă vreun utilaj special.

4. Din punct de vedere social, raportându-ne la considerentele de mai sus, vom observa că acest tratament se bucură de marele avantaj, că redă societăţei în foarte scurt timp, un individ care altfel nu mai era capabil de o activitate susţinută.

REVISTA CARŢILOR

Le cancer de l'estomac au début (Etude clinique, radiologique et anatomo-patologique) par Dr. Gutmann, I. Bertrand, Th. I. Peristiany. Préface du Pr. Gosset et C-ie editeurs. 1939 Paris.

Ştim cu toţii stadiul actual al problemei cancerului gastric, cea mai perfidă dintre localizările acestei boli teribile.

Cunoaştem carenţa de simptome şi ştim că atunci, când acestea apar boala a trecut în stadiul inoperabilităţii.

Pentru a dovedi aceasta, amintesc, că din cei vreo douăzeci de medici pe cari i-am operat de cancer gastric, n'a fost decât unul, la care am putut face operaţia radicală.

Situaţia observată de mine este pretutindeni la fel, de aceea prof.. Gosset a propus la Congresul internaţional de gastro-enterologie, ţinut la Bruxelles în 1935, ca la cel viitor din 1937, să se pună chestiunea diagnosticului precoce al cancerului gastric.

Acei cari am asistat la acest congres, am văzut sforţările cari s'au făcut pretutindeni pentru a putea ajunge la timp la acest diagnostic.

Dintre raporturile prezentate a fost interesant cel al d-lui Gutmann. Dânsul conduce de douăzeci de ani secţia de gastro-enterologie din clinica Profesorului Gosset. Ca internist şi radiolog, a putut vedea mii de bolnavi şi a putut deseori să-şi verifice diagnosticele prin operaţii şi prin cercetarea anatomo-patologică, făcută de un anatomist de valoarea lui Ioan Bertrand.

Monumentala lucrare de 500 pagini, format mare şi ilustrată cu 558 de figuri este cea mai importantă din tot ce s'a scris în această direcţie.

Toate problemele cari sunt în legătură cu diagnosticul precoce al cancerului sunt desvoltate cu o competinţă şi amănunte pe cari le cunosc numai oameni cu experienţa şi pregătirea d-lui Gutmann.

Prof. IACOBOVICI

NOTIŢE TERAPEUTICE

Dermatozele de sezon şi raportul lor cu anafilaxia

Incă din 1923, la al II-lea Congres de Dermato-Venerologie de limba franceză, ţinut la Strassburg, Profesorul *Ravaut*, din Paris, precizează întreaga întindere a problemei de sensibilizare în dermatologie.

Reluând lucrările lui *Vidal* şi şcoalei lui, el arată cât de larg se înrudeşte eczema prin condiţiunile însăşi a desvoltărei sale şi identitatea reacţiunilor sale sanguine, cu celelalte manifestaţiuni cunoscute de anafilaxie, fie că este aici vorba de eczeme, de urticarie, de diverse eriteme, fie de prurite rebele, toate aceste afecţiuni apar datorite penetraţiei în organism prin efracţie sau fără, a unui antigen oarecare, adesea foarte banal, la un îndivíd în prealabil senzibilizat.

La aceste fenomene de sensibilizare este logic a se opune o medicaţie de sensibilizare, şi în lipsa unui criteriu specific, o desensibilizare polivalentă.

Astfel se explică influenţa binefăcătoare a *Euphoryl*-ului asupra acestor manifestaţiuni, în doză de 2—3 buline pe zi, sau injecţii intramusculare profunde la interval de o zi sau 2—3 injecţii intravenoase pe săptămână.

Euphoryl-ul permite a asista la:

1) Dispariţia aproape imediată a pruritului.

2) Uscarea şi epidermizarea rapidă a leziunilor.

3) Desensibilizarea progresivă a organismului împotriva factorului declanşat.

In preajma şi în cursul perioadei de vară, dermatozele pruriginoase, pruritele şi manifestaţiunile de anafilaxie sunt deosebit de frecvente şi greu vindecabile şi reclamă deci o terapeutică rapidă activă:

La copii *Euphoryl*-ul *Infantile*, răspunzând acelorași indicaţiuni şi prezentat sub forma de granulat solubil, poate fi prescrisă în doză de o linguriţă pe zi de an de vârstă.

Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale: „PROBLEME şi REALIZARI"

de Prof. Dr. CONSTANTIN DANIEL

Două noui volume, Tomul III şi IV, complectează monumentala operă a Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale «Probleme şi Realizări» (Bucureşti, 1939), publicată din iniţiativa şi sub îngrijirea d-lui *Medic-General N. Marinescu*, Ministrul Sănătăţii şi dedicată Majestăţii Sale Regelui Carol al II-lea.

Intr'un articol anterior («România Medicală», Nr. 9, 1 Mai 1939), când am prezentat publicului medical imensul material conţinut în primele două volume, apărute acum două luni, am expus *concepţia* care a servit la întocmirea acestei remarcabile publicaţii oficiale, unde se sintetizează atât documentarea şi bogatele realizări obţinute în cursul anului 1938, cât şi vastul program al activităţii ce rămâne a se desfăşura în viitor, în raport cu constatările făcute pe teren în campania din vara trecută, pe baza unui plan de acţiune ministerială bine precizat. («România Medicală» Nr. 4, 15 Februarie 1939).

Atenţiunea deosebită pentru combaterea *maladiilor infecto-contagioase, profilaxia boalelor sociale, problema mamei şi a copilului*, măsuri multiple *de higienă şi salubritate*, etc., sunt atâtea capitole de mare importanţă din planul de lucru viitor al d-lui Ministru General N. Marinescu.

* * *

Cu ajutorul de tabele, grafice, scheme, hărţi, statistice şi fotografii luate la faţa locului, o seamă de medici, funcţionari de elită, expun în tomul III (740 pagini) interesantele lor «Dări de seamă» asupra documentării şi evidenţelor sanitare şi acţiunii pe teren din diverse judeţe din Ardeal, Bucovina, Basarabia şi Nordul Moldovei, cari formează un îndreptar de activitate, de sugestii şi îndrumări.

La fiecare judeţ, autorii consacră un capitol *Evidenţei Sanitare* (geografie, demografie, morbiditate, organizaţie sanitară) şi *Campaniei Sanitare*.

Sunt studiate în acest volum următoarele 29 de judeţe şi 10 municipii: *Alba* (dr. Dărămus Cornel); *Braşov* (Nistor Pompiliu); *Ciuc* (Cosmes Iosif); *Odorhei* (Pop Aurel); *Sibiu* (Cosman Ion); *Târnava Mare* (Solomon Virgil); *Târnava Mică* (Sărăndan Gh.) *Trei Scaune* (Cretu Miron); *Bihor* (Dumitreanu Zeno); *Maramureş* (Pop Sigismund); *Mureş* (Macavei Brutus); *Năsăud* (Biltiu Valer); *Sălaj* (Lazăr Gavril), *Satu Mare* (Dâmboviceanu Alexandru); *Someş* (Domida Leonida); *Turda* (Sârbu Paul); *Arad* (Cosma Dumitru); *Caraş* (Fira Ioan); *Hunedoara* (Stănilă Octav); *Severin* (Bejan Zeno); *Baia* (Rădulescu Mihail).

Cernăuţi (Georgescu Vasile); *Rădăuţi* (Puşcaru Octavian); *Storojineţ* (Costâc Teodor); *Suceava* (Cudla Dumitru); *Hotin* (Teohari Constantin).

Dorohoi (Nădejde Felix); *Botoşani* (Georgescu Dumitru); *Bacău* (Pastia Ion).

Ne-a interesat în mod cu totul particular, prin perfecţiunea descrierii şi bogata documentare, articolele asupra municipiilor ale d-lor d-ri: *Vlad Petre* (Cluj), *Octavian Lupu* (Cernăuţi), *Ion Sturza* (Sibiu), *Ulpiu Ştefan* (Braşov), precum şi a d-lor d-ri *Filip Aurel* (Oradea), *Romuald Coţioiu* (Arad), *Munteanu Leontin* (Timişoara), *Cira Cornel* (Tg.-Mureş), *Bolchis Gheorghe* (Satu Mare), *Tihan Atanasie* (Bacău).

* * *

Tomul al IV-lea (792 pagini) este consacrat Dărilor de Seamă asupra altor 33 de judeţe şi 9 municipii şi anume:

Fălciu (Toma Florea): *Iaşi* (Vasiliu N. Constantin); *Neamţ* (Bondescu Alexandrina); *Tecuci* (Cârlan Savel); *Tutova* (Diacu Constantin); *Vaslui* (Teodor Aurelian).

Dolj (Popescu Ioan); *Olt* (Porubschi Nicolae): *Romanaţi* (Gabor Iosif); *Vâlcea* (Florentin Amedeu); *Gorj* (Tănăsescu Constantin), *Argeş* (Atanasiu Mihail); *Prahova* (Gheorghiu Constantin); *Buzău* (Teişanu Nicolae), *Dâmboviţa* (Alexandrescu Ion), *Muscel* (Tănăsescu Gheorghe); *Ialomiţa* (Mihăilescu Aurel); *Covurlui* (Marcu Ioan); *Putna* (Panea T. Ion); *R.-Sărat* (Troia Vasile); *Teleorman* (Păunescu Paul); *Vlaşca* (Mândreanu Gheorghe).

Constanţa (D'Argenta Angelo): *Tulcea* (Mazăre Ştefan): *Caliacra* (Stere Aristide); *Durostor* (Tofa Petre).

Ismail (Mărăndici Gheorghe); *Bălţi* (Gron Leonida), *Cahul* (Hoisescu Gh.); *Cetatea Albă* (Zaporojan Eftimie); *Orhei* (Coteanu Mihail); *Soroca* (Caţan S.); *Tighina* (Lisievici Constanţa);

Ca şi în tomul III, articolele asupra municipiilor au fost descrise în modul cel mai complect şi ştiinţific de d-nii d-ri *G. Andronovi* (Iaşi); *Popescu Ion* (Craiova); *Dacian Alexandru* (Galaţi); *Rădulescu Gheorghe* (Constanţa), *Radu Andrei* (Ploeşti); precum şi d-nii d-rii: *Siminel Nicolae* (Chisinău); *Hoisescu Gheorghe* (Brăila); *Angelescu Eleonora* (Bălţi); *Gaiducov Vladimir* (Cetatea Albă).

In sapte articole terminale ale tomului IV, este expusă activitatea echipelor de medici specialişti din cuprinsul Tinuturilor: *I. Stoichiţă* (Mureş); *N. Buteanu* (Timiş); *T. Bulău* (Prut); *N. Smadu* (Dunărea de Jos); *C. Atanasiu* (Nistru); *V. Teodorescu* (Olt); *I. I. Apostolescu* (Bucegi).

Articolele eminenţilor inspectori generali sanitari ai Ţinuturilor, expun detaliat obiectivul principal al acţiunii sanitare, «acţiune de profunzime», constând în asigurarea unor cât mai bune asistenţe medicale în mediul rural. Echipele volante de medici specialişti — constituite din medicii oficiali din capitalele de judeţ, cu colaborarea specaliştilor practicieni sau medici militari — au fost la înălţimea sforţărilor depuse.

In fine, distinşii noştri colegi, medicul general Dr. *I. Bălănescu* şi medic căpitan *I. Balaban*, rezumă într'un important articol: «*Arma chimică şi mijloacele de combatere*», o serie de conferinţe asupra apărării contra gazelor, ce au făcut cu o deosebită competinţă şi calităţi didactice anul acesta, medicilor.

* * *

Astfel prezentată, în patru complecte şi luxoase volume editate de Imprimeria Statului, «Probleme şi Realizări» constitue o Enciclopedie sanitară, care cuprinde întreaga înfăţişare a ţării, rezultată din anchetele monografice efectuate pe teren.

In aceste «Dări de Seamă», de nivel academic, medicii sanitari, ca şi conducătorii vor găsi fotografia fidelă a evidenţelor constatate, documentarea care arată ce este şi permite să se deducă ce trebue făcut imediat, ce se poate face ulterior. Din ele, ei vor cunoaşte mai bine impulsul activităţii sanitare date ţării de grija Marelui nostru Suveran pentru sănătatea poporului, sacrificiile ce se impun Statului, precum şi valoarea corpului nostru medical, una din elitele intelectuale ale ţării.

Adresându-mă în particular celor ce publică, celor ce cunosc spinoasa muncă tipografică necesară unei opere de valoarea acesteia, analiza ultimelor două volume din «Probleme şi Realizări» (193)) sugerează unele reflexiuni cari se degajează din admirabilele învăţăminte pe cari Marea şi mult Regretata noastră Regina Maria nu înceta să le repete poporului său, recomandându-i de «*a persevera*».

La rându-mi, nu pot face mai bine decât a supune excelentului nostru corp medical una din meditaţiunile vieţii mele: Dacă sunt puţini cei cari sfârşesc, dacă sunt numeroşi cei cari încep, sunt însă foarte puţini cei cari continuă o operă începută.

Văzând terminată măreaţa lucrare în patru volume a Ministerului Sănătăţii, admiraţia mea merge în primul rând spre cel ce a înfăptuit-o cu o continuitate demnă de imitat, spre d-nul Ministru, medic-general N. Marinescu, a cărui perseverenţă şi acţiune inovatoare să fie un exemplu pentru toţi.

Primul Congres de Endocrinologie

de Dr. AL. CRĂINICEANU
Conferenţiar Universita

In zilele de 4, 5 şi Iunie s'au desfăşurat la Bucureşti, sub preşedinţia d-lui profesor *C. I. Parhon*, desbaterile primului congres de Endocrinologie.

Se cuvine să menţionăm dela început că această manifestare cu caracter internaţional a fost realizată în amănunt de comitetul Societăţei Române de Endocrinologie, alcătuit din d-nii: prof. *C. Parhon*, prof. *N. Ionescu-Siseşti*, conf. *Al. Crăiniceanu*, conf. *Medea Niculescu, Stefan M. Milcu, L. Mavromati, I. D. Simian, Copelman, Stefan Tincu* şi *C. Mihăilescu*.

Şedinţa inaugurală a avut loc Duminică 4 Iunie, în marele amfiteatru al Facultăţei de Medicină. Prima cuvântare a fost rostită de d. general dr. *N. Marinescu*, Ministrul Sănătăţii, care a reliefat importanţa cunoaşterii glandelor cu secreţiuni interne pentru sănătatea poporului român..

D. profesor *C. Stoicescu*, rectorul Universităţii, luând cuvântul, a făcut elogiul umanitarismului medical. Telul spre care trebue să ne îndreptăm graţie medicilor, este solidaritatea socială, readaptând un termen căzut în desuetudine: «frăţietate».

D. profesor *C. Parhon* a desvoltat în urmă o interesantă conferinţă tratând despre problemele actuale me endocrinologie şi insistând asupra relaţiilor dintre această ştiinţă şi celelalte ramuri ale biologiei.

La încheerea şedinţei s'a dat citire unei telegrame de omagiu adresată M. S. Regelui Carol al II-lea, etitorul culturei româneşti. In după amiaza zilei de Duminică, congresiştii au participat la serbarea oferită de d. Decan Mezincescu, în Parcul Facultăţii de Medicină.

A doua zi a Congresului s'a desfăşurat în amfiteatrul cel mare la spitalului Colţea. A prezidat d. profesor C. *Rădulescu-Motru*. Şedinţa stiinţifică a fost deschisă de d. prof. *Parhon*, care şi-a susţinut un documentat raport asupra epifiziei, demonstrând rolul neuro-endocrin al acestei glande. Epifiza intervine în echilibrul cantitativ al lichidului cefalo-rachidian şi exercită incontestabil o acţiune diuretică. Raportorul recomandă tratamentul epifizar în menoragii şi debilitate psihică

La discuţie au luat parte: prof. *Ionescu*-Siseşti, prof. *Balif, Bagdazar* şi *Mavromati*.

In legătură cu subiectul raportorului d-nii prof. *Parhon*, conf. *A. Crăiniceanu* şi dr. *L. Copelmann*, fac o comunicare relativă la acţiunea extractului epifizar asupra fecundaţiei. Cercetări experimentale dovedesc rolul inhibitor al epifizei în domeniul funcţiunii de reproducere.

D. dr. *T. Hornet* a demonstrat un un caz de tumoră epifizară fără macrogenitosomie, iar d. *I. Simian* a arătat acţiuunea extractului epifizar în enuresie si în pubertatea precoce.

In afară de subiectul raportului s'a dat citire următoarelor comunicări:

G. Maranon, Ch. Richet, A. Pergola şi *Lesueur:* sindromele de carenţă în ciroze.

Sinaly (Bratislava): Influenţa unui corp oestrogen asupra spasmelor vasculare.

R. Berovitch, I. Djuricic şi *B.. Kovacevic:* Funcţiunea lobului anterior al ipofiziei.

Dr. *Leandre Cervera* şi *Hermini Castelas:* Etiologia endocrină şi tratamentul insuficienţei vertebrale.

D-nii prof. *Baliff* şi *E. Preda* au prezentat un studiu asupra neregularităţii ciclului oestral la şoareci şi şobolani.

D-nii prof.. *Parhon* şi *S. Atanasiu*: Cercetări asupra endocrinelor în timpul vieţii intrauterine.

D. conf. *Crainicianu* a expus: Ovarioscopia transperitoneală în reacţia Friedman-Brouha, prin care realizează un progres technic, dând în acelaş timp posibilitatea unui diagnostic în minimum de timp.

D-nii dr. *Milcu* şi *Tomorug* au arătat cari sunt modificările metabolismului bazal după radioterapia ipofizară.

D. dr. *Gr.. Odobescu* a expus un studiu asupra constituţiei alienaţilor. D dr. *M. K. Constantinescu* a arătat utilitatea sângerării în tratamentul amenoreei.

In aceeaşi şedinţă s'a citit raportul d-lor prof.. *N. Minovici, T. Vasiliu* şi *I. Stănescu* asupra timusului în medicina legală. Autorii ajung la convingerea că moartea timică este extrem de rară; atunci când se găseşte timusul mărit la autopsie trebue să se cerceteze şi alte circumstanţe etiologice capabile de a provoca moartea. La discuţii a luat cuvântul d. prof. *Benetato* arătând relaţiile timus-calciu.

In şedinţa de după amiază s'au prezentat lucrările şcoalei de endocrinologie din Cluj. A prezidat d. prof.. *Danielopolu*.

Şedinţa s'a deschis cu raportul d-lui prof. *A. Grădinescu* asupra glandelor suprarenale.

Raportorul, după ce arată că viaţa nu este posibilă fără aceste organe trece în revistă relaţiile cu sistemul nervos, cu aparatul circulator şi insistă asupra legăturilor dintre glandele suprarenale şi metabolismul protidelor, glucidelor şi mineralelor. Urmează o serie de comunicări expuse de d-nii prof. *Gh.. Popovici*, prof. *Benetato*, prof. *Buzioanu*, prof. *Kernbach* docent dr. *Voicu*, conf. dr. *Stanca*, dr *N. Şanta* dr.. *Purge*, dr. *Petrescu* prof. *Baroni*, dr. *Grădinescu* şi d-na dr. *C. Parhon-Stefănescu*.

A treia zi a congresului s'a deschis în amfiteatrul Clinicei Neurologice de la spitalul Colentina, sub preşedinţia d-lui prof. *N. Ionescu-Siseşti*..

D. prof. *Simonnet* şi-a desvoltat un amănunţit raport asupra corpului galben. Eminentul profesor din Alfort a susţinut părearea că foliculina şi progestina par a fi capabile de a reproduce experimental procesele endocrine ale corpului galben. Aceste substanţe deşi prezintă analogii de structură diferă însă chimic şi hormonal. Deşi suntem departe încă de o înţelegere largă a fizio-patologiei, rezultatele dobândite în special cu privire la hormonii luteinici, sunt încurajatoare pentru terapeutică şi justifică efortuile endocrinologiei.

La discuţia raportului a luat cuvântul d. prof. *Parhon*, care a evidenţiat importanţa studiului şi a mulţumit d-lui prof. *Simonnet* pentru excelenta sinteză prezentată.

A urmat la discuţie domnul conf. *Al. Crăinicianu* care a expus rezultatele cercetărilor realizate în colaborarea d-lui prof. *C. Daniel* asupra corpului galben de gestaţie.

S'au făcut numeroase comunicări.

Şedinţa de după amiază s'a ţinut în amfitearul spitalului Colţea. S'a citit raportul d-lor prof. *Cristea Grigoriu* dr. *Petrescu* şi dr. *Purge* asupra glandei mamare. Autorii au insitsat asupra rolului endocrin al glandei, care astăzi nu mai poate fi contestat..

Inceputul secreţiunii lactate este în funcţie de prolactinul hipofizar. Acţiunea extractului mamar se exercită îndeobşte asupra aparatului folicular Terapeutica extractului mamar este indicată în meno şi metroragii şi în insuficienţa suprarenală.

După lectura raportului au urmat comunicările d-lor prof. *Charwac, Kodicek*, prof. *Baliff*, prof. *Benetato*, dr *Radovici*, dr. *Ep. Tomorug*, dr. *Voicu* dr. *Pană*, dr. *Odobeşteanu* şi dr. *C Vlădoianu*.

Spaţiul nu ne îngădue să insistăm asupra fiecăreia din aceste comunicări, cari vor apărea în «Buletinul Soc. de Endocrinologie».

Cuvântul de închidere a fost rostit de d. prof. *C. Parhon*, care a subliniat interesul comunicărilor şi al discuţiilor, aducând vii mulţumiri autorităţilor cari au încurajat primul Congres de Endocrinologie.

Inainte de a încheia această scurtă dare de seamă, să ne fie îngăduit de a sublinia odată mai mult contribuţia şcolilor din Bucureşti, Iaşi şi Cluj la tânăra şi atât de rodnica ştiinţă a endocrinologiei române.

AL III-lea CONGRES NAŢIONAL DE ELECTRO-RADIOLOGIE

Iaşi 28, 29, 31 Mai 1939.

de Dr. I. JOVIN

Al treilea Congres de Radologie a dovedit că tânăra disciplină şi-a marcat locul definitiv ca ramură autonomă a medicinei. A mai arătat acest Congres că Radiologia română este la curent cu nouile cuceriri ale ultimilor ani. Nimic nu pare a fi rămas străin de preocupările unei numeroase falange de vorbitori, care s'a perindat la tribuna Congresului timp de 3 zile.

Şedinţa de deschidere a avut loc, cu tot decorul, în nobila Aulă a Universităţei Mihăilene. După discursul, plin de aprecieri juste al d-lui Prof. *E. Radu*, preşedintele Congresului, au vorbit reprezentanţii autorităţilor locale şi centrale, în frunte cu d. rezident regal *Tr. Ionaşcu*. Printre cuvântările rostite, se cuvine să subliniem aceea a d-lui *Gr. T. Popa*, decanul facultăţii de Medicină, care a avut darul să dirijeze atenţia auditoriului spre planuri generale. Era vorba în acest discurs de desvoltarea ştiinţei româneşti pe plan creator. Va putea oare să-şi manifeste vreodată originalitatea munca autohtonă, sau este condamnată să păşească încă multă vreme pe drumuri bătătorite din lipsa unui utilaj adecvat. Si d. *Popa*, care şi-a marcat de mult locul în ştiinţă, ne-a spus ceeace simte şi proclamă de multă vreme o întreagă generaţie. In ştiinţă azi nu se mai poate lupta cu mijloacele arhaice de altă dată. Ca şi armata, ea cere să fie utilată: cu ciclotroane, cu aparate de un milion de volţi, cu grame de radium, pentru a nu vorbi decât de nevoile radiologiei. Ideile practice sau experimentale cer, pentru a fi desvoltate, un utilaj din ce în ce mai complicat pe care ar trebui să ne gândim să-l fabricăm acasă la noi. Timpul nu e potrivit pentru a sugera un schimb de idei mai activ pe această temă a înzestrării ştiinţei româneşti. Deocamdată avem de înzestrat urgent altceva. Să nu uităm însă ideea dată de d. Prof. *Popa* şi să ne gândim că o naţiune de 20 milioane, care şi-a făcut o ucenicie onorabilă şi în ştiinţă, va fi datoare să se prezinte în curând sub alt aspect în faţa lumii, decât sub acela al elevului silitor.

Au mai vorbit d. Prof. *Negru*, în numele Universităţii din Cluj, d. dr. *Sfinţescu*, preşedintele Soc. Rom. de Radiologie, d. dr.. *Giurea* şi d. *Bulău*, inspector general sanitar al ţinutului Prut, în numele Ministerului Sănătăţii. D-sa a atras atenţia radiologiştilor asupra rolului ce au de îndeplinit în noua orientare a sănătăţii publice. De sigur, toţi ne-am gândit la marile servicii pe cari le-ar putea aduce un radiolog competent ataşat echipelor de serviciu social sau de ofensivă sanitară, examinând în serie miile de săteni suspecţi de tuberculoză. Am înregistrat cu satisfacţie concluziile raportului citit de d. dr. *Stoichiţă* şi *St. Popescu*, la Congresul de tuberculoză ţinut anul acesta la Cernnăuţi, preconizând examinarea sistematică a populaţiei rurale prin instalaţii de radiologie mobilă, ba chiar întrebuinţând radiografii ca fiind de o mai mare precizie şi întemeerea astfel a unui cadastru radiologic a întregei populaţii. O asemenea operă, cere, natural, cadre solide de radiologişti..

Ceeace a dat însă o valoare deosebită cuvântării d-lui inspector, a fost sinceritatea cu care a abordat anumite probleme. D-sa a atras atenţia asupra răului imens pe care-l aduc nepregătiţii în specialitate, şarlatanii, cari au o mare armă de partea lor: reclama mincinoasă. Ni s'a părut însă că desprindem din discursul d-lui *Bulău* accente de mustrare la adresa radiologiştilor; să facă ordine la ei acasă întâiu, să apere profesia de falşii specialişti. Nu se poate să nu ne declarăm de acord cu cele spuse. Pentru a duce însă la bun sfârşit o asemenea operă am cerut şi noi, printr'o moţiune votată la sfârşitul Congresului, sprijinul oficialităţii. Iată moţiunea în trăsăturile ei principale:

«Infiinţarea catedrei de radiologiei si a conferinţei de electrologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

Instituirea cursurilor de specializare în electrologie la Facultatea de Medicină şi uniformizarea programului acestor cursuri.

Crearea unui serviciu de electroradiologie la fiecare spital judeţean, atât de necesar diagnosticului şi tratamentului bolnavilor.

Intocmirea unui regulament special pentru examenul de specialitate în Electro-radiologie la Ministerul Sănătăţii, având drept model pe cel din Franţa, actualul fiind vechi si adaptat mai mult pentru internişti, iar nu pentru electro-radiologi.

Spre a rezolva definitiv chestiunea dreptului de liberă practică a specialităţii de Electro-radiologie, să se institue o comisie pentru verificarea actelor si eliberarea diplomei de specialist. Dreptul de specialist se va acorda în baza legii din 1930, fără modificările ulterioare relativ la aceste puncte.

Pentru cei cari au la bază numai o practică de cabinet medical, conform legii, li se va cere o vechime de cinci ani până la data punerii în aplicare a cursurilor de specializare şi numai dacă au practicat exclusiv specialitatea electro-radiologiei, dovedind cu acte că au o pregătire suficientă în această specialitate, câştigată în ţară sau în streinătate.

In viitor titlul de specialist îl vor acorda Facultăţile de Medicină, după absolvirea cursului de specialitate.

Nimeni să nu poată utiliza un aparat de radiologie în scop de diagnostic sau tratament, fără a poseda titlul de specialist radiolog.

Personalul medical superior şi auxiliar să aibă de drept un concediu anual de 60 zile pentru refacerea organismului, dăunat de acţiunea razelor X.

Asigurarea medicului electroradiolog şi a personalului ajutător, după normele ce se vor fixa, primele fiind plătite astfel: 2/3 de Institutele ce utilizează acest personal, 1/3 de personal însăşi prin reţineri de salariu.

Infiinţarea de către Ministerul Sănătăţii a unei şcoli speciale pentru technicieni şi laboranţi electro-radiologi, pe lângă una din catedrele de electro-radiologie existente.

Utilizarea, în caz de mobilizare, în limitele posibilităţii, a personalului medical şi sanitar electroradiologic la specialitatea lor».

Primul raport, acel al d-lui Profesor *Negru*, a abordat un subiect controversat încă: roentgenterapia în arachnoidite. Chirurgii consideră că într'o afecţiune determinată mai mult de factori mecanici, tratamentul va trebui să fie chirurgical. D. Profesor *Negru* a fost eclectic în concluzii. A arătat că de tratamentul radiologiei nu pot beneficia decât leziunile evolutive, în care factorul inflamator predomină încă. D-sa a arătat că într'un număr de cazuri personale, rezultatele au fost încurajatoare, roentgenterapia fiind urmată de liberarea aderenţelor şi atenuarea fenomenelor de compresie. Indată însă ce aceste leziuni au ajuns în faza de atrofie cicatricială, radioterapia rămâne fără efect şi chirurgia îşi reia toate drepturile..

Raportul al doilea, prezintat de d-nii Agregat *Gh. Severeanu* şi dr. *A. Edelstein*, a fost intitulat: «Studiu comparativ asupra actiunei biologice a razelor gamma (radium) şi a radioterapiei profunde de supravoltaj».

Chestiunea examinată de raportori este de mare actualitate, deoarece s'a angajat de câtva timp între radiumterpaie şi roentgenterapia de mare voltaj o veritabilă cursă, în care constructorii îşi propun să dovedească că aparatele de mare tensiune, în jurul lui un milion de volţi, produc raze de o calitate asemănătoare cu acelea ale radiumului. In această discuţie raportorii se aşează hotărât de partea radiumterapiei, ajungând la concluzia că radioterapia de supra voltaj are o acţiune asupra întregului ţesut iradiat (sănătos şi bolnav), micşorând în ace-

SPASMOSÉDINE

SEDATIV CARDIAC

Acțiune sedativă simultană asupra sistemului nervos intra și extra cardiac. Acțiune antispasmodică și vasodilatatoare asupra întregului aparat arterial și îndeosebi asupra sistemului coronar.

*

Phenylethylmalonyluree . . 0,015
Bromhidr. chinin. 0,05
Extr. Crataeg. stab. 0,05

*

Doza mijlocie: 1 — 2 drageuri la prânz și seara, înaintea meselor, fără a le sfărâma.

*

Codex S. A. R., Calea Șerban — Vodă 41, București

Eriteme Solare?

Prin Pomada și Pudra Desitin răcorire imediată și calmarea usturimilor. Vindecare rapidă fără cicatrice.

*

Tuburi mici, mari și cutii 300 g.
Cutii pudră mici și mari. Plicuri rezervă.

*

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

„ANIMASA"

Antisclerotic - Hypotensiv cu acţiunea progresivă şi durabilă a fenomenelor subiective

Animasa tabl.

Extras proaspăt de artera tânără (tunica intima şi media) şi elementele constitutive ale sângelui şi serului. Sustanţă activa pro tabletă 0,05 gr. 3 ori pe zi 2 tablete. — Arterioscleroză incipientă, Hypertensiuni medii. Turburări hypertensive şi climacterice.

Animasa Forte tabl.

Extr. proaspăt de tunica media şi intima . . . . . 0.10 gr.
Iod . . . . . 0.005 „
Bromalbumina . . . . 0.015 „
Nitroglicerina . . . . 0.001 „
Pro tableta 3 ori pe zi 1 tableta. — Arterioscleroză înaintată, Hypertensiuni mari. Anghina pectorală. Turburări grave arterosclerotice şi hypertensive.

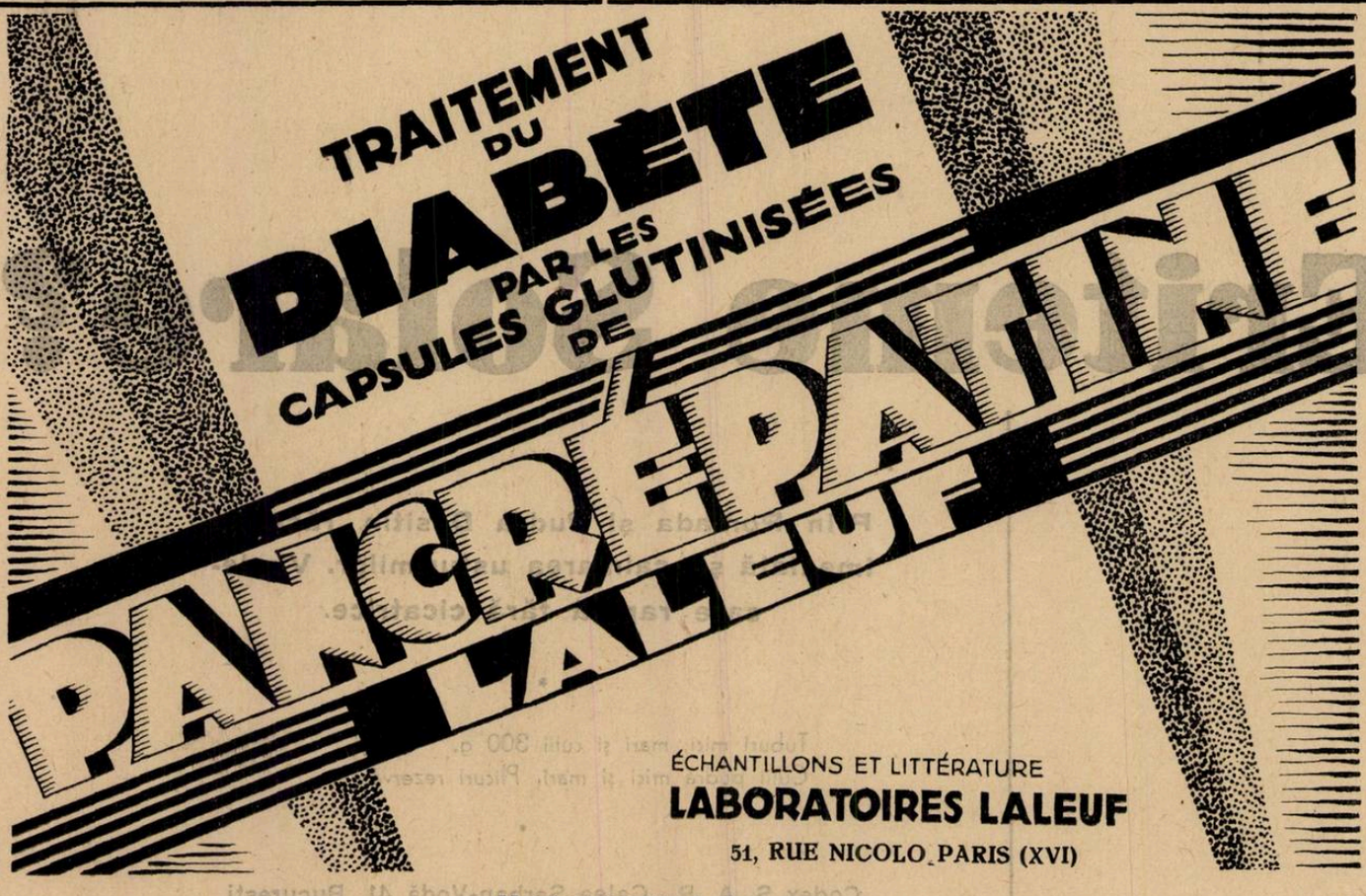
Animasa Injecţii

Extr. proaspăt de intima şi media 0.5 gr.
Sânge proaspăt . . . . . 1.0 „
Ficat . . . . . 0.5 „
Pro 1 cc.; 3 ori săptămânal 1 fiolă — Hypertensiuni rebele în tratament combinat cu Animasa Forte.

ORGANOTHERAPEUTISCHE WERKE G. m. b. H. Osnabrueck

Literatură şi eşantioane:

„SANOFORM" BUCUREŞTI I, CĂSUŢA POŞTALĂ 34.



ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

51, RUE NICOLO PARIS (XVI)

Mostre medicale la cerere

Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23, Bucureşti IV.

Telefon 239/46

laș timp vitalitatea celulelor normale. In schimb, gammatherapia, mai ales cea la distanță, efectuată cu cantități de radium dela 5 grame în sus, are o putere de pătrundere mare, lucrând electiv asupra celulelor neoformative.

Raportul d-lui Docent *Bistriceanu* a fost o excelentă punere la punct asupra ionoterapiei electrice în practica medicală. D-sa a insistat mai ales asupra indicațiilor diverselor și multiplelor substanțe medicamentoase, detalii de mare folos și pentru practicianul nespecialist.

Domnii *Hângănuț* și *Spârchez*, au prezentat în raportul lor un studiu foarte bine documentat asupra diverticolilor duodenali. Experiența raporturilor se bazează pe materialul foarte abundent și mai ales admirabil clasat al Clinicei medicale din Cluj. Tot marea lor experiență în materie le-a permis să insiste mai pe larg asupra tehnicei de examen, atât de importantă în descoperirea diverticulilor aducând eamănunte bogate și originale.

D. conferențiar *Lăzeanu* a tratat în raportul d-sale despre Radiokimografia și aplicațiunile ei în afecțiunile cardio-vasculare. Radiokymografia este o nouă metodă de explorare care are de subiect studiul radiologic al mișcărilor viscerale. Cu o bogată iconografie, d. conferențiar *Lăzeanu* a arătat avantagiile acestei metode dinamice care complectează examenul radiologic static al inimei.

Raportul subsemnatului a tratat despre radiodiagnosticul în tumorile osoase maligne. Am căutat să arăt în mod obiectiv că diagnosticul tumorilor osoase se bazează azi pe un trepied format din: examen clinic, radiologic și istologic. Radiologia furnizează elementele cele mai prețioase pentru diagnostic, fără a dispune însă de semne de o valoare absolută. Din nefericire, nici examenul istologic nu poate fi considerat ca infailibil, testele de malignitate în seria conjonctivă fiind absente sau foarte dubioase. Rămâne deci și pe mai departe valabilă formula care cere în fiecare caz, o confruntare atentă a semnelor furnizate de cele trei metode de investigație.

Ultimul raport, al d-lor Prof. *Radu* și *Andronescu* a fost o remarcabilă punere la punct a metodei funcționale în radiotherapie. După o analiză strânsă a modificărilor, nu atât celulare cât fizico-chimice, care ar putea să explice mecanismul acestei metode numită de unii și indirectă, raportorii au arătat multiplele domenii în cari ea a fost încercată cu succes.

Afară de rapoarte, un număr mare de comunicări au figurat pe program, din cari multe au rămas necitite din lipsă de timp.

O reprezentație de gală la Teatrul Național și banchetul oferit de Rezidența Regală, au format programul de distracție. Se cuvine să aducem toate elogiile d-lui profesor *Radu* și activului său secretar general d. dr. *Costin*, pentru devotamentul și priceperea cu care au organizat această manifestație de știință românească în împrejurări destul de grele. Dacă al treilea Congres de Radiologie a reușit să adune radiologii de seamă din toate colțurile țării, cu toată neliniștea timpurilor, înseamnă că tânăra specialitate are rădăcini profunde și că s'a stabilit tradiția care va face ca ideia Congresului să trăiască.

Standul Serviciului Psihotechnic din Direcția Medicală C.F.R.

Organizat în cadrul Ceferiadei

de Dr. P. P. SAMARIAN

Anul acesta, împlininu-se 70 de ani de la primii pași pentru organizarea Căilor Ferate Române, s'a hotărît ca în cadrul unor serbări jubiliare să se organizeze o expoziție reprezentând întreaga evoluție și starea actuală a acestei mari instituțiuni.

Locul ales, a fost Stadionul Giulești, o clădire de o masivitate impunătoare și plasat într'o ambianță extrem de propice și sugestivă, pentru realizarea acestui gen de expoziție. Fiecare stand a căutat, ca să îmbine cât se poate de armonios frumosul cu technicul, ca în ansamblu să se redea o imagine fidelă a tuturor greutăților începutului și gradul de perfecționare la care s'a ajuns în prezent.

Parcurgi astfel pe nesimțite multiple și variate aspecte de muncă perseverentă, realizate fie decorativ prin tablouri și profiluri executate de artiști autentici, fie printr'o întreagă aparatură în original sau în miniatură cari în totalitatea lor întrec așteptările și în special scopul pentru care au fost făcute.

Unul dintre standurile cari au stârnit curiozitatea celor profani și interesul specialiștilor a fost acel al Direcției Medicale, condusă de d. prof. Agr. N. Demetriad, cu Serviciul Psihotechnic.

Acest serviciu a fost creat și organizat de către d. dr.. A. Filitti, după modelul instituțiunilor similare din streinătate cu cari, în momentul de față, se poate spune că echivalează în privința metodelor de lucru și a rezultatelor obținute. Scopul psihotechnicei este de a selecționa aptitudinile profesionale a întregului personal și în cazul nostru, a personalului de care depinde siguranța circulației. Astfel se tinde a se ajunge la realizarea unui biotip, dotat din punct de vedere constituțional și psihofisiologic cu toate calitățile absolut necesare unui bun element angajat în transporturi.

Activitatea acestui serviciu a început din 1936, luna Iulie, iar până în prezent numărul de examinări este de peste 5000 și ținând socoteală că durata unui examen de aptitudini profesionale ține 11 ore pentru fiecare candidat, ne putem da seama ce randament impunător s'a realizat.

La intrarea în stand, se înfățișează în dreapta, aparatura necesară pentru testarea atenției împrăștiate și a timpului care se scurge dela apariția excitației și până la clipa în care candidatul respectiv alege mișcarea cu care trebue să reacționeze.

Fiecare examinare și aceasta are valoare pentru toate aparatele, necesită o perioadă de explicații, una de exercițiu și ultima, probă de fond. Prin ajutorul unui pupitru de conducere și a unor contori electrici se înregistrează numărul total de erori precum și durata lor, de la fiecare mișcare în parte.

Pentru a se exclude factorul personal al examinatorului, s'a atașat un sistem, care în mod automat declanșează excitațiile, reglează pauzele și excitațiile ca durată și succesiune. In prima parte a probei sunt o serie de excitații vizuale, iar în partea II-a se asociază și excitații auditive, la cari se supraadaugă un claxon cu scopul de a produce o clipă de spaimă pentru textarea emotivității.

In aceeași cameră, în partea opusă, este expus un colț din amfiteatrul institutului, care servește la examinarea în comun a inteligenței logice, memoriei sub diferite forme, etc.

Mai departe se află instalat utilajul necesar la testarea gesturilor profesionale ale șoferilor. O cabină-tip de autobuz C. F. R. cu toate comenzile de conducere identice cu originalul, la care s'a atașat un tablou de transformare a energiei mecanice, depusă de candidat în energie electrică și care la rândul ei este transmisă pe un înregistrator grafic, situat chiar în cabina de proecție cinematografică. Pe un ecran din fața candidatului se proectează, cu ajutorul unui aparat de cinematograf, sonorizat, un drum oarecre în parcursul căruia apar diferite impedimente. Pentru fiecare gest al șoferului există un ac inscriptor, iar grafica realizată se poate citi printr'o liseuză divizată în zecimi de secundă. Șoferul candidat este acel

care porneşte proecţia, iar la un pupitru de conducere operatorul respectiv îl ajută la învingerea inerţiei iniţiale.

Apoi, într'un culuar, sunt aşezate de o parte şi de alta, mai multe pupitre cu dispozitive; un grup reprezintă timpii cronometraţi cari se succed într'un examen de aptitudini profesionale, începând cu examenul constituţional şi terminând cu calcularea şi redactarea rezultatelor definitive.

Un alt grup cu 3 subdiviziuni reprezintă aspecte exterioare şi interioare ale dispensarului antivenerian dela Atelierele Griviţa; un model de vagon sanitar C. F. R. şi postul de prim ajutor din gara de Nord.

Din acest culuoar se intră într'o cameră unde sunt instalate diferite aparate pentru: testarea timpului de reacţii auditive simple, apoi un aparat perforator, pentru examinarea rapidităţi în raport cu precizia în lucru, aparatul de atenţie concentrată manuală şi un ultim aparat, Dinamograful, necesar la măsurarea forţei şi a tenacităţii.

Pentru a se putea face o permanentă legătură între conducătorul serviciului şi operatori, s'a instalat un microfon şi un semnalizator luminos, cu scopul de a nu turbura pe candidat în timpul probelor. Tablouri cari îmbină arta cu realitatea ştiinţifică, reprezentând activitatea serviciului cu numărul de examinări lunar şi anual pe categorii de personal; adăpostirea în cămin a tuturor candidaţilor în noaptea care precede examinarea şi un tablou cu scăderea numărului de accidente de la înfiinţarea Serviciului Psihotechnic C. F. R., îmbracă pereţii simpli ai camerii.

In plus mai există un tablou comparativ, care pune în evidenţă valoarea timpului de alegere şi de reacţie în raport cu cota globală.

Intr'o ultimă cameră a Serviciului Psihotechnic, se află pe una din laturi, un tablou grandios de ansamblu al laboratorului de dozarea alcoolului, pe care este trasată în relief o grafică lunară şi anuală ce reprezintă numărul de dozări efectuate până în prezent. In primul plan o masă de laborator, cu un aparat de distilat Schloessing-Aubin, în original, complectează sugestiv această imagine.

Tot aici mai sunt instalate aparatele de trasaj necesare testării siguranţei mişcărilor voluntare precum şi un aparat pentru mişcările disociate ale mâinilor.

O probă strict profesională este aparatul cu 6 linii ce reprezintă o staţie în miniatură, unde candidatul, respectiv acarul, îşi valorifică atenţia dispersată. discriminarea culorilor, siguranţa acţiunilor etc. Intr'un colţ este expus tabloul de conducere şi control al examinărilor, despre care am vorbit mai sus.

Un tablou cu profilele psiho-fiziologice ale celor două grupe de acari : buni şi răi, demonstrează până la evidenţă, eficacitatea şi exactitatea rezultatelor obţinute de acest institut de selecţie profesională.

Foare interesant pentru specialişti este studiul recent asupra performanţelor a 1354 de acari examinaţi cu vârsta între 24 — 56 ani şi rezultatele obţinute la diferitele probe în raport cu înaintarea în vârstă.

Munca intensă zi de zi o reprezintă tabloul cu nămărul mare de ore lucrate de către un personal puţin numeros.

Trecând în ultima parte a standului se înfăţişează o Circumscripţie Medicală model cu tot instrumentarul necesar, iar pe pereţi diferite grafice, reprezentând activitatea sanitară a Direcţiunei Medicale în decursul timpului şi progresele realizate.

Sub aceeaşi Direcţiune s'au organizat în cuprinsul stadionului 11 posturi de prim ajutor, utilate cu tot ceeace este absolut necesar pentru a face faţă oricăror împrejurări. In această latură, un preţios concurs a fost oferit fără nici o ezitare de către Societatea de Cruce Roşie a României.

Trebueşte subliniat faptul care a stimulat atât pe cei cunoscători în psihotechnica transporturilor cât şi numărul mare al vizitatorilor a fost dinamismul sub care s'a prezentat o organizare, care însăşi prin definiţia ei inspiră o oarecare răceală. Toate aparatele şi instalaţiunile făcute erau în stare de funcţionare putând oricând răspunde la orice demonstraţiuni cerute. Serviciul medical nici de data aceasta nu a făcut excepţie dela regula generală, că atunci când este necesar ştie să facă dovada deplină de muncă şi devotament.

Foarte important a fost aportul de prim ordin al Direcţiunei Generale a Căilor Ferate Române, care nu a precupeţit nici un sacrificiu şi a înţeles în cea mai largă măsură, necesitatea unui serviciu Psiho-technic model pentru selecţionarea personalului care este răspunzător în transporturile în comun.

BIBLIOGRAFII

Anatomie générale: origines des formes est des structures anatomiques. par H. Rouvière, professeur d'anatomie à la Faculté de Mèdecine ee Paris. Membre de l'Académie de Médecine. *Masson et C-ie, Éditeurs.* Un volum de 192 pagini cu 96 figuri 70 fr.

Autorul arată în câteva pagini de introducere că evoluţiunea este sub dependinţa, de o parte, a finalităţei prin care toate schimbările de organizare sunt preparate dinainte în germen, de altă parte, de mecanismul acţiunilor fizico-chimice cari provoacă apariţiunea acestor schimbări. In această lucrare, prof. Rouviére expune acest rol al mecanismului.

El trece în revistă morfogeneza architecturei oaselor, fasciilor, a capsulelor articulare, a ligamentelor, ale cartilajiilor, muşchilor, vaselor sanguine şi limfatice, caşi lobaţiunea anumitor organe splanchnice.

Printre demonstraţiunile originale ale acestei lucrări, trebue să semnalăm, în special pe cele referitoare la formarea proeminenţelor şi depresiunilor osoase nearticulare, principiile cari conduc la direcţiunea şi resistenţa oaselor lungi, influenţa la om ai diverşilor factori de resistenţă osoasă asupra topografiei fracturilor oaselor lungi prin cauză indirectă, grosimea cartilajiilor articulare, aranjamentul elementelor anatomice cari le constituesc, atrofia cartilajiilor în diartrozele imobilizate, textura fasciilor, textura şi origina ligamentelor, legea de direcţiune a fibrelor cari alcătuesc muşchii şi tendoanele, raţiunea de a fi a intersecţiunilor tendinoase şi a tendoanelor intermediare ale muşchilor poligastrici, tensiunile cari se exercită asupra pereţilor arteriali şi structura particulară a unor artere, legea fisurărilor, etc.

Prin caracterul chestiunilor cari sunt tratate în această lucrare, aceasta se adresează nu numai anatomiştilor ci şi tuturora acelora pe cari îi interesează problemele evoluţiei.

Parasitologie medicale, par Harvé Harant (Collection „Les petits précis).

***Librairie Maloine.* Un volum de 202 pag. cu 95 fig. . . . . 18 fr.**

Primul capitol este consacrat Antropozilor paraziţi: Acarieni, insecte; mijloacele de luptă contra lor. Capitolul II se referă la epidemiologia maladiilor transmise prin aceşti antropozi: Bontonella, Ricketsia şi ultravirusurile; spirochetozele (capitolul III) protozoozele (capitolul IV); afecţiunile cu protozoare sanguicole necesită metode de diagnostic şi indicate în capitolele precedente.

Noţiunile moderne referitoare la reservoriile de virusuri, oaspeţi intermediari, diagnostice biologice, tratamentele marilor endemii parazitare etc. sunt indicate pe scurt la locul lor. Astfel conceput, acest precis constitue un util memento nu numai pentru student ci şi pentru practicianul higienist sau terapeut.

FARMAKO

Laborator de produse chimico - farmaceutice.

Dizolvant energic al acidului uric şi al uraţilor, pe bază de dietilendiamină.

UROPURIN „FARMAKO"

granule efervescente

Diateza urică şi artritică, reumatism acut şi cronic, arterioscleroza, hipertensiune.

1 ling. de ceai Ia ½ pahar cu apă de 2—3 ori pe zi.

Preparat policalcic perfect asimilabil, asociat cu Vitamina D.

FARMACALCIN „FARMAKO"

granule

Compoziţie: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan şi **vitamina D.**

Indicaţii: demineralizare, pre-şi tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofilie, astenie, convalescenţă, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulţi 3 — 4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.
Copii 1—2 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.

Gust plăcut.
Flacoane originale.

MAGNOIOD „FARMAKO"

fiole

Compoziţie: Iodură de sodiu şi thiosulfat de magnezie.

Indicaţii: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite ateromatoase, bronşite subacute şi cronice, emfizem pulmonar, astmă, nevralgie, sciatică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cutii cu 6 fiole de 5 şi 10 ccm.

„FARMACO" Laborator de produse chimico-farmaceutice

Pentru hematopoeză şi accelerarea vindecării

Flacoane originale cu aprox. 180 gr.

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentanţa:

„CHIMIROMAN"

BUCUREŞTI I, Str. T. G. Masaryk 32.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi, nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând, diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriţă la oră.

COPII de 3 ani în sus, câte o lingură înaintea meselor.

ADULŢII 2 — 3 linguri înaintea meselor.

Indicat în:

gastro-enterite acute şi **cronice** la **adulţi (în toate formele)** şi **copii (diarea verde a sugarilor şi la toate vârstele)**, în **enterocolite muco-membranoase, dizenterie, icter, cirozele ficatului, colibaciloză, artritism, gută, diabet** şi în bolile de piele ce ţin de intoxicaţiile alimentare, ca **urticarie, furunculoză, foliculite, eczemă, acnee.**

La cerere se trimite literatură şi un flacon original spre experimentare.

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa Bucureşti, Strada Regală No. 10 etaj. II, Telefon 3.78.66.

UN OMAGIU D-LUI PROFESOR Dr. AL. SLATINEANU

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Colaboratorii, prietenii și elevii Profesorului Al. Slătineanu, au ținut să-i aducă un omagiu de stimă, de admirație și de recunoștință, cu prilejul retragerei sale din învățământul universitar.

In acest scop, au turnat în bronz o admirabilă medalie, executată de maestrul Lavrillier și au proectat organizarea unei ședințe solemne la Institutul Contacuzino, în cadrul căreia trebuia prezentată medalia.

Din cauza unei boale care îl reține în casă, ședința festivă nu a mai putut avea loc, iar medalia i-a fost prezentată de d. Profesor Ionescu-Mihăești, inițiatorul acestui omagiu, odată cu urări calde de însănătoșire, la care ne asociem din tot sufletul.

Intâmplarea a voit ca Profesorul Slătineanu să rămână și cu acest prilej, consecvent atitudinei sale de totdeauna,—de indiferență față de elogiile publice și de manifestările colective.

Acest mod de a privi lucrurile, ar fi trebuit, — poate — să ne impună rezervă.

Dacă scrim aceste rânduri, o facem nu pentru a le adresa Profesorului Slătineanu, căruia îi sunt indiferente.

Le scrim pentru cititorii noștri și pentru noi, întrucât socotim că este o obligație morală și profesională a nu trece sub tăcere evenimentele intelectuale și nici oamenii cari au jucat un rol important în desvoltarea medicinei românești.

Profesorul Slătineanu a fost și este o personalitate puternică și originală, în care se îmbină într'un mod armonios, însușiri și fapte, cari de obicei nu merg împreună.

De aci, credem că rezultă farmecul deosebit al Profesorului Slătineanu.

Cercetător pasionat în domeniul științei, mare amator și aprofundat cunoscător în artă, neobosit cititor de literatură, Profesorul Slătineanu, a avut întotdeauna un deosebit interes pentru problemele sociale, pe cari le cunoaște atât sub aspectul lor ideologic universal, cât și sub acela al tristelor realități românești.

Dacă Profesorul Slătineanu, ar fi abordat unul din aceste domenii, ar fi ajuns desigur la rezultate nebănuite.

D-sa le-a abordat pe toate, preferind această poli-valență, care îi este temperamentală.

Din această caracterizare, pe care o socotim exactă, cititorul tânăr, care nu a avut prilejul să cunoască nici opera, nici omul, nu trebue să conchidă că realizările Profesorului Slătineanu sunt lipsite de amploare și nici de profunzime. Din potrivă. Când citești o lucrare a sa; când ai ocaziunea unei discuțiuni, care se transformă, aproape întotdeauna într'o expunere clară, precisă, spirituală pe care el o face și tu o asculți; când citești unul din articolele sale de sociologie sau de medicină socială; — întotdeauna ești profund impresionat atât de fondul cât și de forma în care chestiunea este tratată.

Sunt oameni cari au devenit celebri

Profesor Dr. AL. SLATINEANU
Medalie de Lavrillier

pentru că au abordat o singură problemă, de care s'au preocupat în tot cursul existenței lor. De multe ori importanța problemei a aruncat oarecare lumină asupra celor ce au studiat-o, chiar dacă fiecare în parte, nu a adus o contribuție prea importantă.

Personalitatea multilaterală a Profesorului Slătineanu l'a împiedecat să joace în viață un astfel de rol.

Din potrivă. Minte fosforescentă, s'a cheltuit în toate domeniile intelectualității, găsind deseori un punct de vedere nou și întotdeauna spiritual.

In administrația sanitară a țării, Profesorul Slătineanu a jucat un rol important, aducând și acolo, un punct de vedere personal, în ambele sensuri ale acestui cuvânt.

Intr'o organizație sanitară în care lipseau, în multe direcțiuni, mijloacele technice-materiale, Profesorul Slătineanu ținea să distribue ceeace Statul avea, în raport cu posibilitățile de utilizare imediată din partea medicilor, cari conduceau diferite instituții sanitare.

Desigur că idealul este ca toți medicii să aibă și pregătirea technică, și instalațiunile pe cari știința modernă ni le pune la îndemână. Până la realizarea integrală și bilaterală a acestui deziderat, organizarea noastră sanitară a trecut prin faza Slătineanu, în cursul căreia foarte multe servicii publice au realizat progrese însemnate.

* * *

Ceeace ne-a atras pe noi, oameni din altă generație, la profesorul Slătineanu, pe lângă însușirile sale excepționale, pe lângă mintea sa luminată, pe lângă originalitatea spiritului său, a fost generozitatea sa ideologică. Desigur că aceasta se datora temperamentului său care găsise în ambianța socialistă dela sfârșitul secolului trecut, un meliu favorabil de desvoltare.

In special starea de sărăcie materială și de primitivism intelectual, în care se află populația noastră rurală, a fost o chestiune care l'a impresionat pe Profesorul Slătineanu din tinerețea sa și de care s'a ocupat continuu.

Din nefericire, problemele sociale nu se pot rezolva ușor și suntem convinși că Profesorul Slătineanu, împreună cu toți oamenii de valoare din generația sa, au durerea să constate că această problemă, pentru care au militat, a rămas încă nesoluționată.

Un articol al Profesorului Slătineanu, apărut în Octombrie trecut în revista «Insemnări ieșene», atacă această problemă cu sinceritatea omului de caracter, cu competența specialistului și cu vigoarea omului de curaj.

In acest articol, intitulat «Starea reală a țăranului român», Profesorul Slătineanu ne arată, cu durere, toată drama populației noastre rurale: lipsit de avere, lipsit de cultură, în imposibilitate de-a-și valorifica producția, într'o stare continuă de subnutriție, țăranul român duce o viață precară.

In acest articol al Profesorului Slătineanu, noi vedem mai mult decât o luminoasă expunere doctrinară pentru a explica starea sanitară actuală din mediul rural și pentru a arăta cât de mult depinde sănătatea individuală și colectivă de starea economică și culturală a maselor.

Pe lângă toate acestea, Profesorul Slătineanu a ținut să arate că marea problemă socială pentru care generația sa a luptat, a rămas nerezolvată.

Vor fi mai norocoase generațiile ce vin?

O sperăm cu aceeași pasionată dorință, ca și Profesorul Slătineanu.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Numirea Profesorului Dr. Dan Theodorescu la catedra de Stomatologie.

In urma unui strălucit concurs. d-l Doctor Dan Theodorescu a fost numit Profesor titular de Stomatologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

Noul profesor, prin pregătirea sa temeinică, prin pasiunea sa chirurgicală, prin talentul său didactic şi prin însuşirile sale alese, de om de cultură, — constitue o achiziţiune admirabilă pentru învăţământul universitar românesc.

Iar disciplina stomatologiei va avea în Profesorul Dan Theodorescu un îndrumător energic şi un entuziast şef de şcoală.

«România Medicală», din al cărei comitet de redacţie face parte d-l Profesor Dan Theodorescu, ţine să-i aducă un omagiu cordial şi să sublinieze, cu acest prilej, următoarea idee:

Punând în serviciul societăţii o muncă perseverentă, luminată de inteligenţă şi servită de talent, îndeplineşti o operă atât de utilă, încât conducerea de Stat va căuta să încadreze în organizaţia ei oficială acest efort creator.

Este ceeace s'a făcut cu Profesorul Dan Theodorescu şi ceeace sperăm că se va face cu toţi din generaţia sa, cari s'au afirmat în ultimii ani în medicina românească prin opera lor ştiinţifică şi prin talentul lor didactic.

O nouă lege organică a Ministerului Sănătăţi

La ministerul sănătăţii s'a întocmit în ultimul timp, proectul unei noui legi organice a acestui departament, ţinându-se seamă în primul rând de caracterul preventiv pe care trebuie să-l aibă organizaţiile de sănătate dintr'un stat.

Proiectul a fost discutat în Consiliul superior sanitar de asistenţă, întrunit sub preşedinţia d-nului general dr. Marinescu, ministrul sănătăţii.

Au participat d-nii: general dr. V. Panaitescu, secretarul general al ministerului; prof. dr. I. Iacobovici, prof. dr. Mezincescu, decanul facultăţii de medicină şi prim efor al Eforiei spitalelor civile; prof. dr. D. Manolescu. prof. dr. Ionescu-Mihăeşti, directorul institutului Cantacuzino; prof. dr. Proca; prof. dr. D. Danielopol; Dimitrie Nestor, dr. Lucian Skupiewski, dr. C. Tănăsescu-Tasse, arh. Negoescu, col. M. Ionescu, C. Vorel, dr. Cantemir Angelescu, directorul igienei sociale, etc.

Noul proect împarte organizarea ministerului în două mari părţi: organizarea centrală şi organizarea exterioară.

Organizarea centrală

Organizarea centrală a ministerului cuprinde:

1. Cabinetul ministrului.

2. Secretariatul general, căruia îi sunt ataşate: inspectoratele generale centrale sanitare şi farmaceutice; direcţia mobilizării şi apărării pasive; contenciosul; serviciul tehnic de construcţii şi geniu rural; apoi: consiliul superior al sănătăţii, consiliul superior al asistenţei sociale, comisiunile tehnice interministeriale (malarie, pelagră, etc consiliul superior de coordonare şi consiliul superior balneo-climatic;

3. Diviziunea tehnică, cuprinzând: direcţia oficiului de studii şi documentare; direcţia igienei sociale; direcţia medicinei curative; direcţia asistenţei sociale; direcţia farmaciilor şi drogheriilor, direcţia balneo-climatică.

4. Divizia administrativă. cuprinzând: direcţia personalului şi secretariatului; direcţia contabilităţii; direcţia controlului financiar; direcţia bunurilor; direcţia materialelor sanitare.

5. Casa sănătăţii are în administrare: Fondul general sanitar şi de asistenţă socială; fondul central sanitar; fondurile locale sanitare; loteria de stat.

6. Instituţii ce depind de minister. Liga naţională contra tuberculozei; Liga contra bolilor sociale; Liga asistenţei sociale; Eforia generală I. O. V. F. L.; Casa de credit şi economie a personalului sanitar.

7. Instituţii de ştiinţă aplicată: Institutul superior de sănătate; Institutul de seruri şi vaccinuri «Prof. dr. I. Cantacuzino»; Institutul chimico-farmaceutic: Institutul de higienă şi sănătate publică din cele 3 centre universitare; Institutul universitar de puericultură; Institutul pentru studiul şi profilaxia cancerului.

Organizarea exterioară

In organizarea exterioară proectul stabileşte următoarea împărţire:

1. Ţinutul unde activează inspectorul general sanitar respectiv şi consiliul de higienă al ţinutului. Organele de executare şi colaborare ale inspectorului general sunt: institutul de higienă, institutul de puericultură, spitalul de boli sociale, centrele şi subcentrele antirabice, depozitul regional de materiale sanitare.

2. Municipiul .având ca organe serviciul sanitar şi consiliul de igienă al municipiului. Organele de execuţie ale medicului-şef de municipiu sunt: centrele de sănătate urbane; oficiul municipal de asistenţă socială; spitalul municipal, cu minimum 3 secţii; un spital-sanatoriu de tuberculoză; laboratorul municipal de higienă; eforiile sanitare; aşezămintele de asistenţă socială

3. Judeţul, cu serviciul sanitar judeţean şi consiliul de higienă respectiv.

Serviciul sanitar judeţean are organe de execuţie la reşedinţă, precum şi în cuprinsul judeţului.

Organele dela reşedinţă sunt: centrele de sănătate urbane; oficiul judeţean de asistenţă socială; spitalul judeţean cu 3 secţii; staţiunile comunale de băi, deparazitare şi desinfecţie; eforia sanitară judeţeană.

In cuprinsul judeţului funcţionează ca organe de execuţie: medicul plăşii sanitare; spitalele mixte; medicul circumscripţiei rurale şi centrul de sănătate rural primar; infirmeriile permanente sau temporare staţiunile rurale de băi, deparazitare şi desinfecţie; aşezămintele de asistenţă socială.

Congresul Soc. de Neurologie şi Psihiatrie

In cursul lunei Octombrie va avea loc la Cernăuţi Congresul Societăţei de Neurologie Psichiatrie, Psichologie Endocrinologie şi Medicină legaă.

Rapoartele ce se vor prezenta au următoarele subiecte:

I. *Neurologie:* Meningele, origină, desvoltare, anatomie, fiziologie şi patologie.

Raportori: D-nii Prof. Dr. T. Popa şi Prof. Dr. A. Moruzi.

II. *Psichologie:* Constituţie psihosomatică.

Raportor: D-l Prof. Dr. Ştefănescu-Goangă.

III. *Endocrinologie:* Corpusculii carotidieni.

Raportor: D-l Dr. Ştefan Milcu.

IV. *Psichiatrie:* Pelagra.

Raportor: D-l Dr. Gh. Gh. Constantinescu.

Congresul va dura 4 zile, dintre cari 3 zile lucrări ştiinţifice şi o zi escursii la mânăstirile din Bucovina.

D-nii medici cari doresc să ţină comunicări cu subiecte ce intră în cadrul vreunuia din rapoartele susmenţionate, sunt rugaţi a trimite până la 15 Septembrie 1939, titlul comunicării pentru a putea fi înserat în programul ce se va tipări.

Totodată se aduce la cunoştinţă că în urma unei hotărâri anterioare, membrii congresului nu pot prezenta decât o singură comunicare pentru fiecare raport.

Timpul în care va trebui expusă comunicarea este de 5 minute.

Adeziunile şi subiectele comunicărilor se vor trimite până la 15 Septembrie 1939 pe adresa D-lui Dr. Gh. Gh. Constantinescu, medic primar la Spitalul pentru boli mintale şi nervoase Cernăuţi.

Un program detaliat se va întocmi numai după primirea subiectelor.

Data precisă a congresului va fi comunicată d-lor medici separat şi prin presă înainte de 1 Octombrie 1939.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEŞTE CARNE CRUDĂ ŞI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DÎN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă înainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard, Str. S F. Ionica 8. BUCAREŞTI

ÎN ROMÂNIA SE GĂSEŞTE DIN NOU!

APLONA

ANTIDIAREICUL neîntrecut în toate afecţiunile diareice la copii şi adulţi

Efect sigur şi rapid - Gust plăcut

— Conţinutul bogat în calorii, menţine rezistenţa —

Preparat: „RHENANIA“

Depozitar: „PHARMAG“ S. A.
BRAŞOV, Str. Regina Maria 18.

IMINOL

luat la timp

previne

accesul de asthm

Nu produce obişnuinţă!

La primele semne ale unui acces iminent 1 comprimată

10 comprimate
20 comprimate

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b H., MANNHEIM—WALDHOF
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III. Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă
pe cale bucală
Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID
Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE

Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei
Complicaţiuni

STREPTOCOCIE

Erisipel — Infecţiune puerperală post-partum şi post-abortum
Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulţi :	6 — 10	comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani :	3 — 5	" "
" " 2 — 5 " :	1 — 3	" "
Sugaci :	½ — 1	comprimate "

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III
Telefon: 2.11.78.

Invățământul medical în Occident și... mai aproape

Dintr'o corespondență elvețiană, publicată într'un număr recent dintr'o revistă germană, aflăm că în Elveția din cele șapte centre universitare, cinci și anume, Basel, Zurich, Berna, Geneva și Lausanne, au facultăți de medicină. In ele frecventează un număr total de 1700 studenți. Pentru aceștia există un corp profesoral compus din 81 profesori ordinari, 70 profesori extraordinari și 184 docenți.

Aceste câteva date asupra Elveției cari ne-au căzut sub ochi, în același timp cu alarma dată de d. Prof. Iacobovici în discursul la Mesaj, ținut în Senat, acum câteva săptămâni, ne-a făcut să facem o mică statistică a învățământului medical și în țările din Occident, vecine cu Elveția.

Astfel Germania are 23 facultăți de medicină: Berlin, Bonn, Breslau, Freiburg, Giessen, Halle, Hamburg, Insbruck, Leipzig, Wien, Dresda, Kőnigsberg, Erlangen, Grefswald, Kőln, Heidelberg, Munster, Graz, München, Frankfurt, Düsseldorf, Göttingen, Würzburg. Se adaogă azi cele din Cehoslovacia, între cari exista încă înainte de anexiune, la Praga, una germană.

In Italia există 24 de universități: Florența, Bolonia, Macerata, Siena, Padua, Modena, Parma, Ferrara, Palermo, Catania, Messina, Cagliari, Sassari, Genova, Neapole, Pavia, Bari, Milan, Perugia, Pisa, Roma, Torino, Urbino, Milan (catolică), dintre cari în 20 există facultăți de medicină.

In Franța există 10 facultăți de medicină și 6 școli de medicină: Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Montpellier, Nancy, Strassbourg, Lille, Caen, Nantes, Poitiers, Rennes, Rouen, Aix-en-Provence.

Nu putem da relații numerice asupra corpului profesoral din aceste țări, totuși este probabil că în Germania proporția există cam aceeași în mai mare, ca în Elveția, Deși numărul facultăților este mare, la disciplinele fundamentale există catedre paralele (așa la cea din Berlin există 3 clinici medicale și în plus una propedeutică; doi profesori ordinari de radiologie, 2 de oto-rino-laringologie etc.)

In Franța facultățile sunt de importanță inegală. Printre cele 3—4 mari menționăm Parisul, actualmente cea mai complectă facultate din Europa cu 52 de catedre. Cu tot numărul mare de catedre programul nu e supra-încărcat deoarece la disciplinele fundamentale sunt catedre paralele, iar pentru catedre de specialități programul nu prevede un curs de un an, ci numai un semestru sau mai puțin sau facultativ.

In ce privește țările limitrofe cu noi vom menționa că, Ungaria, cu care suntem în o rivalitate ce se întinde și pe teren cultural, există 4 facultăți de medicină: Budapesta, Seghedin, Debreczin și Pecz.

Adunarea generală a Societății pentru profilaxia tuberculozei

La sediul Ligii naționale contra tuberculozei s'a ținut adunarea generală a Societății pentru profilaxia tuberculozei.

Adunarea a fost prezidată de d. dr. *I. Costinescu*, președintele societății. care deschizând ședința, a evocat memoria Reginei Maria, fosta președintă de onoare a «Profilaxiei».

Durerea noastră — spune d-sa — este cu atât mai mare, cu cât ne reamintim începuturile grele ale societății. In 1908 Regina — pe atunci principesă — colecta în persoană sume importante de bani pentru societate. In 1912 convocă doamnele din București, formând un comitet care mai mulți ani în șir s'a ocupat de vânzarea «Floarei albastre» în folosul tuberculoșilor. Iar din 1913 și până la moarte, timp de 25 de ani, ne-a fost președintă de onoare.

Un sfert de secol a crezut în activitatea noastră, ne-a îndemnat, ne-a ajutat.

Ca un slab omagiu, vă rog să aprobați ca cel mai frumos sanatoriu al nostru, cel dela Toria, să poarte numele Reginei Maria.

D. prof. dr. *Gh. Proca*, secretarul general al societății, a făcut darea de seamă pe 1928-39, al 38-lea dela înființare, arătând că lupta a continuat să fie dusă ca și până astăzi, cu ajutorul dispensarelor, a filialelor și al spitalelor-sanatorii.

Dispensarele din București, 7 la număr, au dat în 1938, 10.934 consultații, numărul persoanelor examinate ajungând la 6.172 (4819 anul precedent).

Filialele au constituit cel de al doilea mijloc de acțiune al societății. Cifrele produse de d. prof. Proca arată că și aici s'a lucrat în mod deosebit. Numărul filialelor se ridică la 11.

Spitalele-sanatorii, în număr de 4, cu un total de 1.111 paturi, au funcționat astfel: Filaret, cu 106 paturi, 4 medici și 7 infirmiere; Bisericani, cu 450 paturi, 5 medici și 11 infirmiere; Bârnova cu 240 paturi, 2 medici și 8 infirmiere; Toria, cu 165 paturi, 2 medici și 4 infirmiere.

Rămân încă multe de făcut — încheie d. prof. Proca — mai ales dacă ținem seama nu numai de bolnavii tuberculoși izolați, ci și de familiile lor. Problema ocrotirii copiilor din familiile tuberculoase așteaptă să fie deslegată.

D. președinte dr. *I. Costinescu*, relevând câteva cifre aduse de d. profesor Proca, arată că subvenția acordată de Liga națională contra tuberculozei și taxele de cură au fost singurele venituri, cari au permis societății să lupte și să se desvolte, pentru a ajunge la o activitate atât de frumoasă atât la sanatorii, cât și la dispensarii. Intreținerea spitalelor prin ele însile, iată situația ideală. Va trebui însă să vie și ziua când, printr'o asigurare generală a tuturor contra tuberculozei, această problemă să fie definitiv rezolvată.

D. dr. *S. Irimescu* a ținut o conferință, vorbind despre: «Foloasele diagnosticului timpuriu al tuberculozei».

Două locuri de inspectori generali sanitari vacante.

Conform art. 201 din legea sanitară și de ocrotire, s'au publicat în «Monitorul Oficial» următoarele posturi vacante:

Inspector general sanitar al Ținutului Olt;

Inspector general sanitar Central.

D-nii medici cari întrunesc condițiile legale și doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului în termen de 30 de zile dela anunțarea vacanței în «Monitorul Oficial» .

Mișcare în personalul medical al Ministerului Sănătății.

S'a făcut următoarea mișcare în personalul medical din serviciul pendinte de Ministerul Sănătății și asistenței sociale:

D. dr. V. Teodorescu, inspector general sanitar al ținutului Olt, se transferă definitiv în postul de inspector general sanitar central.

D. dr. Vasile Troia, medic primar definitiv al jud. R.-Sărat, se numește definitiv ienspector general sanitar al ținutului Dunărea de Jos.

D. dr. Constantin Tănăsescu, actual medic șef definitiv (cu gradul de inspector general sanitar) al serviciului sanitar al municipiului București, se transferă definitiv în postul de director cl. I (medic) la direcția balneo-climaterică din minister.

D. dr. Eugen Răsmeriță, medic subșef al serviciului sanitar al municipiului București, se transferă definitiv în postul de medic-șef la acelaș serviciu.

D. dr. Ion Artenie, actual medic definitiv de circ. urban la orașul Roman se transferă îen aceeași calitate în postul de sub-inspector general sanitar la inspectoratul general sanitar al ținutului Prut.

D. dr. Felix Nădejde, medic primar definitiv al jud. Dorohoi, se transferă în aceeași calitate în postul de sub-inspector general sanitar la inspectoratul general din ținutul Suceava.

D. dr. Iosif Pod, medic definitiv al circ. Deta, jud. Timiș, se transferă în aceeași calitate în postul de sub-inspector general sanitar la inspectoratul general sanitar din ținutul Timiș.

D. dr. Hâncu E., medic definitiv la spitalul Alexandreni, jud. Cetatea-Albă, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al siptalului și circ. Fierbinți, jud. Ilfov,

D-na dr. Vorobchievici Elena, medic definitiv al circ. Budești, jud. Ilfov, se transferă în aceeași calitate în postul de medic școlar la serviciul sanitar al municipiului București.

D. dr. Traian Petre Gh. Ionescu, medic definitiv al circ. Radu Negru, jud. Brăila, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ urbană la municipiul Brăila.

D. dr. Râmneanțu Petre, medic epidemiolog definitiv la serviciul sanitar al muncipiului Cluj, se transferă în aceeași calitate îen postul de medic iginist de plasă la municipiul Cluj.

D. dr. Vodă Andrei, fost medic sanitar definitiv, se reprimește în aceeași calitate în postul de medic al circ. Dostat, jud. Sibiu.

D. dr. Aurel Rămureanu, fost medic sanitar definitiv, se reprimește în aceeași calitate în postul de medic al circ. Ciișia, jud. Cetatea Albă.

D-na dr. Maria Cimbrescu, fost medic stagiar sanitar, se primește în aceeași calitate în postul de medic al circ. Vultureni, jud. Tecuci.

D. dr. Hochtell Colloman, medic definitiv al circ. Lupșa, jud. Turda, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Ardusat, jud. Satu-Mare.

Se revine asupra lăsării în disponibilitate a d-nei dr. Maria Cojocaru, din postul de medic primar definitiv al Sanatoriului Geoagiu, jud. Hunedoara, d-sa continuând să funcționeze în calitatea ce are la acel sanatoriu.

D. dr. Hanciu C. Ioan, medic definitiv al spit. cu circ. Deduleşti, județul Argeș, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al spitalului cir. Horezu, jud. Vâlcea.

D. dr. Baumgartner Ioan, medic definitiv al circ. Strunga, jud. Roman, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Tăuți, județul Arad.

D-na dr. Maria Mironescu, medic definitiv al circ. Satu-Nou, jud. Ismail, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Lunca Corbului, jd. Argeș.

D. dr. Liviu Hurubeanu, medic definitiv al circ. Bicazul Ardelean, județul Ciuc, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Frumoasa, jud. Ciuc.

D. dr. Stoica Victor, medic definitiv al circ. Cuciulata,, jud. Târnava-Mare, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Panticeu, județul Cluj.

D. dr. Atanase N. Vasiliu, medic definitiv al circ. Luncavița, jud. Tulcea, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Berești, jud. Covurlui.

D. dr. Țurcanu Vasile, medic stagiar al circ. Tudora, jud. Botoșani,, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Oancea, jud. Covurlui.

D. dr. Levcenco Iacob, medic definitiv al circ. Molotovata, jud. Orhei, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Paris, jud. Cetatea-Albă.

D. dr. Samborschi Constantin, medic stagiar al circ. Colibași, jud. Cahul, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Văscăuți, jud. Hotin.

D. dr. Bucur Iacob, medic stagiar al circ. Cristuri Crișeni, jud. Sălaj, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ Urmeniș, jud. Mureș.

D. dr. Ionescu I., medic al circ. Dâmbovița, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Știrbey, jud. Romanați.

D. dr. Augustin Kenz, medic definitiv al circ. jud. Cluj, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Jibert, jud. Târnava-Mare.

D. dr. Țibuleac Ioan, medic definitiv al spitalului cu circ. Fălești, județul Bălți, se transferă ca definitiv în postul de medic primar al spitalului «Pulcheria Ghica» din Hârlău.

D-na dr. P. Cuciuc-Herșcovici, medic definitiv al spitalului cu circ. Slivilești, jud. Mehedinți, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Bălășești, jud. Tutova.

D. dr. Laurențiu Troia, medic definitiv al spitalului mixt «I. G. Duca», din Măicănești, jud. R.-Sărat, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Bâcleș, județul Mehedinți.

D. dr. Dimof Jeliu, medic definitiv al circ. Stejarul, jud. Caliacra, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Turbați, jud. Gorj.

D. dr. Rădulescu Nicolae se confirmă definitiv în postul de director cl. I (medic), directorul medicinii din administrația centrală a asigurărilor sociale.

Medicii sanitari stagiari pe bază de examen de capacitate, mai jos menționați, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează:

D. dr. Augustin Bodea, la inspectoratul mixt din Tg.-Lăpuș, județul Someș.

D. dr. Paul Fildan, la circ. Lupeni, județul Hunedoara.

D. dr. Coriolan Tomuș, la circ. Răcăjdia, jud. Hunedoara.

D. dr. Gh. Alexiu, la circ. Bălășoeni, jud. Ilfov.

* * *

Prin decretul regal Nr. 2.684 din 4 Iulie 1939, se face următoarea mișcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Sănătății și Asistenții Sociale, în conformitate cu dispozițiunile legii sanitare și de ocrotire și în baza avizului dat de Comisiunea administrativă, ce funcționează pe lângă acest minister, prin procesul-verbal Nr. 33 din ședința dela 30 Iunie 1939, și anume:

D. dr. Pop Aurel, actual medic primar definitiv al jud. Orhei, se transferă definitiv în postul de sub-inspector general sanitar al Ținutului Mureș.

D. dr. Metaxa Ion se numește definitiv în postul de subdirector cl. I (medic), la Direcțiunea materialelor din minister.

D-ra dr. Vasilescu Alexandra, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv la postul de medic oculist la Serv. sanitar al Municipiului București.

D-ra dr. Epureanu Paulina, actual medic primar definitiv prin concurs al secției de ginecologie și obstetrică a spitalului din Satu-Mare, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic primar al secției de obstetrică dela spitalul din T. Severin.

D. dr. Iubaș Cornel, fost medic primar definitiv, se reprimește definitiv în postul de medic primar la spitalul de ginecologie și maternitate din Cernăuți.

D-ra dr. Popescu Eugenia, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic primar mamoș-ginecolog la spitalul din Cetatea-Albă.

D. dr. Pop Marius, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic prmar al spitalul de boli mintale Răducăneni, din jud. Fălciu.

M. dr. Lungu Cornel, medic primar definitiv de psihiatrie la Ambulatorul policlinic din Sibiu, se transferă definitiv în postul de medic primar la spitalul de boli mintale din Sibiu.

D-na dr. Florescu Dosios Victoria, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic stomatolog la Serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. Șefan Popescu, medic primar radiolog definitiv la spitalul din Slatina se transferă definitiv în postul de medic primar radiolog la ambulatorul policlinic din Sibiu.

D. dr. Dumitriu Arsene, medic primar definitiv al sanatoriului «Regele Carol II», din com. Savadisla, jud. Cluj, se transferă definitiv în postul de medic al spitalului T. B. C. din Vorniceni, jud. Lăpușna.

D. dr. Popovici Ioan, medic primar definitiv al sanatoriului Nifon, jud. Buzău, se transferă definitiv în postul de medic pentru combaterea tuberculozei, la Serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. Glorie Ionescu, medic primar definitiv al dispensarului antituberculos Bolintinu, jud. Ilfov, se transferă în postul de medic pentru combaterea tuberculozii, la Serviciul sanitar al Municipiului București.

THIONAÏODINE

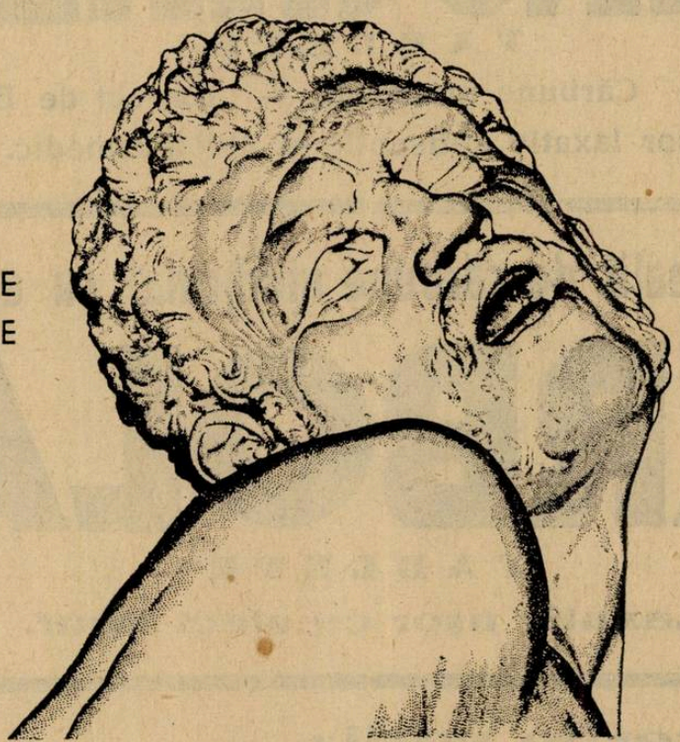
INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
și sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carențe de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECȚIUNI INDOLORE



ACȚIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACȚIUNI

NAÏODINE

(A)
INTRAMUSCULARĂ

TOATE
ALGIILE

(B)
INTRAVENOASĂ

NEVRAXITE
ȘI URMĂRILE LOR
ALGII REBELE

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — București I. Str. Sf. Ionică No. 8

fabrica de produse chimice
aedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

In enteritele acute, disenterie, colita muco-membranoasă, prescrieți

MAGNOCARBON

TABLETE

Magnozon — Cărbune medicinal — Extract de Belladonna

Ușor laxativ antiseptic și antispasmodic.

Combinațiune ideală de cărbune medicinal cu extract de sena

CARBOLAX

TABLETE

Laxativ ușor cu efect sigur.

Neplăcerile verii:

diarea, intoxicațiunile alimentare, disenteria, enteritele acute

le combateți cu succes prin:

TANNOCARBON

TABLETE

Antiseptic — Astringent

NOTE TERAPEUTICE

Simptomele de carenţă feroasă şi tratarea lor

de Dr. HEILMEYER şi Dr. H. PLÖTNER

Extras din Kliniche Wochenschift 1935, No. 46

Pentru a clarifica întrebarea, dacă prin terapia cu fer se exercită numai un stimulent asupra măduvei osoase sau dacă are loc o *restituire* materială am făcut cercetări în Clinica medicală a Universităţii din Jena asupra schimbului intermediar de fer, cu o metodă nouă, care ne permite a doza cantitativ ferul din serul sangvin. Principiul acestei metode constă în precipitarea ferului din ser cu acid tricloracetic şi dozarea fotometrică cu ajutorul derivatului de a-Dipyrridyl. Cantitatea normală de fer sangvin am găsit-o variind între 80—150%, adcă în medie 90 la femei şi 120 la bărbaţi. La toate anemiile bazate pe o carenţă feroasă am constata o micşorare a ferului sangvin. Pe când la anemiile celelalte, deşi era o scădere a hemoglobinei cât şi a eritrocitelor, cantitatea ferului în ser nu era micşorată.

Paralel cu descreşterea serului sangvin la asideroze găsim şi o descreştere a acestui element în lichidul ţesuturilor şi deci un raport feros diminuat pentru celule. Şi totuşi, chiar în anemiile cele mai accentuate, bazate pe lipsă de fer, s'a constatat existenţa de depozite de fer, care însă nu pot fi folosite la constituirea hemoglobinei.

Dovadă că aceste simptome, care se manifestă nu numai în compoziţia sângelui, ci şi la aspectul pielei şi a mucoaselor, sunt o urmare a carenţei feroase, ne-o produce faptul că tratamentul cu preparate de fer înlătură aceste simptome.

Modificările sângelui în anemiile bazate pe carenţă feroasă sunt caracterizate prin: diminuare în intensitatea coloraţiei fiecărei globule, diminuarea volumului — planocitoza în locul megalocitozei de la anemia pernicioasă, descreşterea numărului leucocitelor şi colorarea foarte slabă a serului.

Celelalte simptome secundare sunt: părul fără luciu şi cu tendinţă pronunţată la cădere, pielea cu aspect uscat şi palid, deformarea unghiilor, glosita lui Hunter şi mucoasa bucală cu tendinţă pronunţată la sângerare. Deasemenea se constată deranjări accentuate ale secreţiunilor stomacale şi adesea hemoragii ale mucoasei rectale.

Adinamia ce acompaniază carenţa fieroasă cât şi extenuarea pronunţată nu le putem atribui numai anemiei, deoarece ele dispar după un tratament cu preparate feroase, chiar înainte de normalizarea elementelor sangvine.

1. *Anemiile cronice provenite din hemoragii.* — Se ştie că hemoragiile repetate produc pierderi de fer care nu pot fi acoperite destul de repede prin alimentaţie, dând loc prin aceasta la un cerc vitios, deoarece descreşterea ferului sangvin atrage după sine predispoziţia sângelui la hemoragii. Cantitatea de fer sangvin poate scădea în urma hemoragiilor mari chiar la 1/4—1/5 din doza normală. *Se recomandă deci un tratament de fer după orice hemoragie intensă.*

2. *Cloranemia achylică.* — Simptomele ei se aseamănă cu acele ale anemiei pernicioase. Ea este caracterizată prin faptul că ferul din alimente nu este asimilat şi rezorbit.. Dacă administrăm unui sănătos 1 gr. de Fer. reduct., după 2—6 ore constatăm o creştere a ferului din serul sangvin. La un bolnav de cloranemie achilică această creştere lipseşte complect.. Faptul că acest fel de anemie se întâlneşte mai cu seamă la femei, se explică prin pierderile în fer ce ele le au datorită menstruaţiei. In interesul unei generaţii sănătoase se recomandă un tratament profilactic feros la fete în timpul pubertăţii.

3. *Anemiile infecţioase cronice.*—Infecţiile cronice ca: fistule, pielitide cronice, tuberculoză şi în deosebi reumatismul infecţios atrag după sine stări de anemie cracterizate prin coloraţia slabă a sângelui şi a serului. In vreme ce la hemoragiile acute scăderea cantităţii de fer în sânge se produce brusc, la infecţiile cronice această pierdere se produce treptat şi cu ea se dezvoltă şi sindromul anemic caracterizat prin: diminuare de volum a elementelor sangvine şi planocitoză. de obicei un tratament cu fer vindecă mai greu o anemie bazată pe o infecţie cronică, prin faptul că lipsa de fer există numai la măduva osoasă, ca în anemia pur feroasă, ci şi în locul unde există infecţia. De amintit este şi faptul că în aceste infecţii cronice avem adeseori şi o gastrită cronică care face să fie dificilă asimilarea ferului din alimente.

Din aceste considerente rezultă necesitatea unui tratament intens cu preparate de fer în cazurile de anemie infecţioasă cronică. Variaţiile cantităţilor de fer în sânge ne pot servi drept indice diagnostic şi prognostic.

4) *Anemiile provocate de tumori.* — Foarte adeseori tumorile, chiar acele cari nu sângerează, produc o stare de anemie care se ameliorează vădit în urma unui tratament de fer. Doze masive de 3 — 10 gr. Ferrum reductum au fost administrate în cazuri de tumori. Starkenstein a arătat că numai ferul ionizat poate fi rezorbit şi că gastritele împiedcă asimilarea normală a ferului din alimente cât şi din medicamentele administrate pe cale bucală. Aceste neajunsuri sunt îndepărtate prin administrarea preparatului de fer «CEFERRO» (Nordmark), care *conţine ferul în stare ionizabilă* şi care se poate aplica prin injecţii parenterale bine suportate.

Datorită acestui preparat s'a putut stabili, că fierul nu are numai o acţiune stimulentă asupra măduvei osoase, căci după administrarea injecţiilor de «CEFERRO» sporirea hemoglobinei este superioară cantităţii de fer injectate, adesea dublă. Trebue să admitem şi o stimulare a organelor unde ferul este depozitat.

Heilmeyer recomandă un tratament combinat de «CERFERRO» oral şi parenteral, administrând zilnic 10 mgr. fer intravenos şi cam 300 mg.. de fer pe cale bucală. Prin această combinare el obţine rezultate excelente chiar în cazurile cele mai rebele, după cum citează unul de cloranemie achilică care nu cedase tratamentului feros obişnuit. Deasemenea un caz analog vechi de 10 ani, la care hemoglobina nu se ridică peste 60% şi care sub influenţa combinată a tratamentului cu «CEFERRO» se ridică în 34 zile la 96%.

Autorii remarcă de asemenea influenţa «CEFERRO»-ului asupra culoarei serului care de la primele injecţii se schimbă din galben deschis în galbeen auriu, coloraţie datorită creşterei bilirubinei din serul sangvin.

Neurastenii — Nevroze — Maladii consomptive — Tuberculoză, etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Toate formele de Tuberculoză
Hemoragii — Anafilaxie

CALCIGENOL

INJECTABIL
(Levulat de calciu)

Fiole: de 2, 5 şi 10 cc.
Injectabile intravenos sau intramuscular.

Rachitism - Toate formele de tuberculoză Limfatism - Carii dentare - Creştere dificilă Sarcină — Alăptare — Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT
(Fosfaţi de calciu Coloidali + Vitamină D.)

Lichid. Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2—3 linguriţe pe zi.

Demineralizare - Fosfaturie - Inapetenţă Neurastenie — Maladii consomptive Sarcină — Alăptare.

PHOSPHARSYL

(Fosfaţi de Calciu metilarseniaţi)

Elixir:
Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2 linguri de desert pe zi.
După fiecare serie de 8 zile, se face o mică pauză.

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză.

CALCIGENOL

GRANULE
Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză Paratiroidă

Granule: 2—3 linguriţe de cafea pe zi.

Tuberculoză — Neurastenie Maladii astenizante — Debilitate — Fracturi — Alăptare — Sarcină.

PHOSPHATE DE CHAUX PINARD

(Fosfaţi de Calciu)

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Rachitism — Turburări de creştere — Tuberculoză — Alăptare — Fracturi — Anemia limfaticilor.

PHOSPHATE DE CHAUX PINARD

IRADIAT

(Fosfat Pinard + Vitamina D.)

2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES - PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei BUCUREŞTI III Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 17 — 10 Lei Exemplarul — 1 Septembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţetu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239.43

BIBLIOTECA ASOCIAŢIEI SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Profesor Dr. P. TOMESCU: *Problema socială şi Problema medicală a Pelagrei. Câteva note cu prilejul apariţiei cărţei D-lui Dr. Ioan Claudian: «Alimentaţia poporului român»* 217

Docent Dr. D. GRIGORESCU şi Dr. A. PAUNESCU-PODEANU: *Nevralgia şi Nevrita Crurală* 220

Dr. VIORICA IONESCU GOMOIU şi Dr. LEONINA DOBRESCU: *Combaterea durerilor pe cale parenterală şi rectală cu «Cibalgine»* 221

ORGANIZARE UNIVERSITARĂ

Profesor Dr. CONSTANTIN DANIEL: *Medicina militară* 223

Pagina

Dr. L. NISSIM: *Importanţa învăţământului universitar obstetrical în realizarea ocrotirii şi asistenţei materno-infantile.* 225

CRONICI

Dr. GH. D. VINTILĂ: *Americanii la Asigurările Sociale.* 227

NECROLOG

Profesorul Dr. E. I. Mironescu, scris de Dr. Gh. Nastase 228

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Invăţământul medical în Occident şi... mai aproape; Conferinţa Uniunei internaţionale contra tuberculozei 229

Pagina

Moartea Dr. E. Lucinescu; Condiţiunile de admitere la Facultatea de medicină din Bucureşti; Bursele „George Vlasto" ale Academiei Române pentru medicină 230

Concursuri de medici secundari la Ministerul Sănătăţii; Activitatea Serviciului de Dermato-Sifiligrafie din Spitalul Militar „Regina Elisabeta"; Pentru clarificarea situaţiei militare a medicilor din Capitală . 231

Cursuri internaţionale de perfecţionare medicală la Berlin; Programul de activitate al Ligei naţionale contra tuberculozei; Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţii 232

Betaxin

BAYER

Prima vitamină B_1 produsă pe cale sintetică, pentru tratamentul per os şi parenteral al Nevritelor şi Nevralgiilor

Nevrita graviditătii şi a lăuziei, polinevrită, nevrită alcoeică, nevrită optică, nevralgii intercostale şi trigeminale, sciatică, beri-beri, mielită funiculară şi paralizii postdifterice.

Tub cu 20 tablete — Cutie cu 3 fiole de 1 cmc. — Betaxin forte: Cutie cu 3 fiole de 1 cmc.

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86. Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice:
Examene chimice de sange (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:
„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

IN TOATE CAZURILE DE

TUBERCULOZA EXTRAPULMONARA

RUBROPHEN

Injecţiuni — Drageuri — Pomadă.

Literatura la dispoziţia domnilor medici.

Costul de fabricaţie fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie mostre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

„LABORATORUL TION" DR. OERIU
Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21
Telefon 4.59.70 - 4.69.58

In tusea afecțiunilor, laringiene, pulmonare și bronchice, dureri de deglutiție din anghine acute, procese ulcerative ale faringelui și laringelui, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii superioare

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Aethylamidobenzoic 0,03, Fenacetină 0,08, Thimol, menthol, ol. Eucalipt àà 0,015, sachar. alb ad 1 gr. —

Adulți 6—8 pastile pe zi, copii mai puțin după vârstă. Pastila se suge încet, până la terminare. Tub orig. a 25 pastile

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, Na. phenilaethylbarbituric Na. benzoic, etc.

Adulți: 3 — 4 linguri, copii 3—4 linguriță pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofosfat de Ca. Extr. Kola, strichnin, vin malaga.

Adulți 3 linguri, copii 2—3 linguriță pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăți, etc.

NOU

CEREBROL

Calcium. Brom. Analgesină. Valeriană desodorată, Na. phenilaethylbarbituric. 1/2 gr. brom pe linguriță.

Doza: 3 linguriță pe zi sau după caz, în puțină apă sacharată.

gust agreabil.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg

Amine ale acidului izovalerianic.

De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.

Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

GUȘE și BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.

Injecțiuni subcutane rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.

Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.

1 Fiolă la 2—3 zile.

Laxativ și Purgativ

— Substanțe pur vegetale —

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.

Nu produc obișnuință.

Doza laxativă: 1 pastilă seara.

Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.

Cutii orig. a 80 drageuri.

Repr. I. Zelțer — București Str. Profetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele En-gros de medicamente.

Schering

Testoviron

Indicat la:

Stări de surmenaj intelectual,
Diminuarea forţelor fizice,
Insomnie,
Neuroze cardiace şi gastro-intestinale,
Hipogenitalism şi scăderea potenţei sexuale,
Hipertrofie prostatică

Testoviron
este un propionat de Testosteron în soluţie uleioasă, cunoscut în prezent ca forma cea mai activă a hormonului sexual masculin

Preparat pur de hormon sexual masculin

Hormon cristalizat dozat exact în miligrame

SCHERING A.G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

Vigantol

VITAMIN-D
cristalizată

In rachitism şi alte turburări ale metabolismului calciului, pentru sporirea dentiţiunii şi înlesnirea ieşirii dinţilor la sugari

Vigantol-untură de peşte

Conţine o cantitate omogenă şi bogată în vitamină.
A. şi D.

Vigantol-oleu: Flacoane gutătoare de 10 cmc.
Vigantol-drageuri: Cutii cu 50 şi 250 drageuri.
Vigantol untură de peşte: Flacoane cu 125 gr.

»Bayer« LEVERKASEN
E. Merck DARMSTADT

ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 52. Tel: 3.92.86
Sucursala Cluj. Calea Moţilor 18. Tel.: 37.22

„CHIMIOROMAN" BUCUREŞTI, III
Str. Th. G. Masarik 32, Tel.: 2.72.34

Anul XVII. No. 17 10 Lei Exemplarul 1 Septembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Problema socială şi Problema medicală a Pelagrei

Câteva note cu prilejul apariţiei cărţei D-lui Dr. **Ioan Claudian: „Alimentaţia poporului român".**

de Profesor Dr. P. TOMESCU

Prolema pelagrei în România este astăzi de aceeaşi tristă actualitate în care se afla acum 50 de ani, de când datează primele lucrări ştiinţifice româneşti asupra acestei boale.

Studiile ştiinţifice, deşi au lămurit multe date ale problemei, nu au putut ajuta prea mult combaterea Pelagrei în ţara noastră, întrucât mijloacele de profilaxie depind, în primul rând, de starea economică şi culturală a populaţiei căreia i se adresează.

Poate, din această cauză, Pelagra care a constituit una din preocupările capitale ale profesorului *Babeş*, nu a mai atras decât incidental şi sporadic pe cercetătorii români, în ultimele două decenii.

Recent, doi medici români, de mare valoare, au abordat problema Pelagrei aducând o contribuţie de reală însemnătate ştiinţifică, lămurind, totdeodată problema din punct de vedere social şi naţional.

Primul este d-rul *Iuliu Nitzulescu*, conferenţiar al Facultăţei de medicină din Iaşi. D-sa a prezentat la Congresul francez de medicină ţinut în Octombrie 1938, un raport documentat în care a făcut o expunere critică a problemei, bazându-se pe lucrările româneşti şi pe minuţioase studii personale [1]).

D-rul *Ioan Claudian*, este al doilea autor român, din generaţia aflată astăzi în plină ascensiune, care ne dă în acest domeniu, o lucrare excesiv de interesantă nu numai din punct de vedere ştiinţific, dar şi din punct de vedere medico-social[2]).

Credem că este o datorie din partea unei reviste medicale româneşti să semnaleze activitatea desfăşurată de aceşti doi cercetători nu numai pentru a sublinia marea valoare a operei lor, dar mai ales pentru a arăta cât de utilă poate fi pentru rezolvarea acestei mari probleme sociale.

In adevăr, din pasiune pentru ştiinţă, desvoltată pe un fond de adevărat patriotism şi din iniţiativă proprie, atât d-rul *Nitzulescu* de la Iaşi, cât şi d-rul *Claudian* de la Bucureşti, au abordat o problemă de cea mai acută importanţă pentru ţara noastră

S'au pregătit singuri şi independent unul de altul, au abordat chestiunea din puncte de vedere deosebite, au lucrat cu mijloace personale şi au ajuns la rezultate impresionante.

Cunoscându-le activitatea lor şi opera înfăptuită, din cauza contigenţelor pe care specialitatea mea o are cu chestiunea Pelagrei, cred că sunt obligat a le semnala, cu speranţa că aceşti doi oameni, vor fi utilizaţi într'un domeniu în care ei au pregătirea unei munci serioase, autoritatea unor lucrări de mare valoare şi potenţialul vârstei mature, păstrând încă elanul unei relative tinereţi.

D-rul *Claudian* a pornit în cercetările sale, dela studiul Pelagrei şi printr'o înlănţuire logică de idei a ajuns la studiul alimentaţiei clasei noastre ţărăneşti.

In modul acesta, problema a câştigat în amploare şi în importanţă. O chestiune care, cel puţin în aparenţă, era medicală, a devenit în studiul d-lui dr. *Claudian* o problemă de ordin social şi economic. Din aceeastă cauză lucrarea sa nu este accesibilă numai medicilor ci ea se adresează întregei noastre clase intelectuale, apărând în «Biblioteca enciclopedică» a Fundaţiilor Regale.

Acest fapt este de o importanţă deosebită şi constitue primul merit al lucrărei d-rului Claudian.

In adevăr, chestiunea Pelagrei a fost abordată la noi pe plan medical şi în lucrări cari, prin factura lor, se adresau unui public restrâns de specialişti. Atunci când problema era tratată pentru marele public, se făcea fie prin articole de popularizare, fie prin expuneri menite să atragă atenţia conducătorilor politici ai ţărei, asupra uneia din «boalele sociale» care bântue populaţia noastră.

Pelagra, chiar prin această clasificare şi încadrare, era scoasă din preocupările curente, întrucât în mod obişnuit se crede că, boalele sociale sunt pe de o parte, de competenţa medicilor şi pe de alta, a administraţiei sanitare, care în limita mijloacelor bugetare, va căuta să rezolve problemele ce se pun, în ordinea importanţei şi acuităţei lor.

Dacă acest punct de vedere este valabil, cel puţin în parte, pentru celelalte boale sociale, — el nu este de loc justificat pentru Pelagră.

De aceia credem că d-rul *Claudian* a făcut nu numai o lucrare ştiinţifică de mare valoare, dar a transpus, prin cartea sa, problema pelagrei pe alt teren de discuţii şi de preocupări.

Desigur că această idee fundamentală a mai fost susţinută şi de alţi autori. Dar ei au făcut-o în lucrări pur medicale sau în articole mai generale, în care au atins chestiunea în treacăt.

In special, Profesorul *Slătineanu*[1]) singur şi apoi în colaborare cu d-rii profilaxia Pelagrei, nu poate fi făcută profiaxia Pelagrei nu poate fi făcută decât pe plan social şi economic.

D-rul *Claudian* are meritul de a fi reluat această chestiune, care era în atmosferă şi a fi prezentat-o într'o formă nouă şi mai ales cu o argumentare nouă — unui public nou.

Credem că este foarte mult şi foarte important.

In primul capitol al cărţei sale, d-rul *Claudian* studiază — alimentaţia poporului român în cadrul geografic şi apoi alimentaţia în legătură cu genul de viaţă, care este, în general, adaptat la condiţiunile geografice.

Al doilea capitol tratează despre alimentaţia poporului român în cadrul evoluţiei economice, care merge paralel cu evoluţia civilizaţiei.

Reţinem din această documentată expunere, că populaţia care a locuit regiunea ţărilor româneşti de astăzi, a cunoscut cultura grâului, din cele mai vechi timpuri. Astfel *Herodot* arată, în secolul al IV-lea înainte de Christos, că Sciţii «semănau grâul nu spre a-l mânca, ci spre a-l vinde».

Din nefericire, poporul român a moştenit de la îndepărtaţii lui stră-

---

1) „România Medicală" a publicat în No. 4 din 15 Februarie 1939 un articol al D-lui Conf. *Dr. Iuliu Nitzulescu* în care D-sa a expus rezumativ, datele prezentate Congresului Francez.

2) *Dr. Ioan Claudian*, Asistent la Facultatea de Medicină din Bucureşti: *Alimentaţia poporului român* în cadrul Antropogeografiei şi Istoriei economice. Editura Fundaţiei pentru Literatură şi artă «*Regele Carol II*».

3) Al. Slătineanu: Starea reală a ţărănimei române «Insemnări Ieşene» 1 Noembrie 1938.

4) Al. Slătineanu, I. Nitzulescu şi M. Sibi: Pelagra în România. «Mişcarea Medicală Română» No. 3—4 1939.

moşi, nu numai cultura grâului, ci şi obiceiul de a vinde integral recolta, — în loc de a-şi ameliora alimentaţia. Iar în tot cursul veacurilor, încă din epoca preistorică, baza hranei vegetale a populaţiei din regiunea ţărei româneşti de astăzi, — a rămas mămăliga de mei. Deci monofagism, utilizându-se o cereală nepanificabilă.

Descoperirea Americei şi importul porumbului de acolo, introdus în secolul al XVIII-lea în ţările româneşti, nu a adus nici o ameliorare în alimentaţia populaţiei noastre rurale.

Studiul foarte documentat făcut de d-rul *Claudian* asupra alimentaţiei, în diferitele regiuni ale ţărei, aduce o lumină nouă asupra etiologiei pelagrei şi conduce la concluzii sigure de ordin economic şi social în ceiace priveşte profilaxia acestei boale.

Printr'o metodă strict ştiinţifică, bazându-se pe date statistice precise, autorul arată că Pelagra este răspândită în regiunile în care ţăranul este sub-alimentat şi în cari porumbul formează elementul de bază şi aproape unic al alimentaţiei.

Pentru a da cititorului, o imagine exactă asupra acestei chestiuni, vom reproduce, din studiul d-rului *Claudian*, două hărţi:

Harta no. 1, reprezintă repartiţia vacilor cu lapte în România, figurându-se procentul gospodăriilor ţărăneşti care au mai multe vaci.

Harta No. 2 reprezintă răspândirea Pelagrei endemice în România şi a fost alcătuită utilizând cifrele statistice ale mortalităţei prin pelagră, pe judeţe, în cursul anului 1937.

Privind aceste două hărţi, cititorul va fi impresionat de faptul că în Ardeal unde ţăranul are o alimentaţie complectă, pelagra nu există, pe când în vechiul regat, unde laptele şi carnea sunt alimente rare, — pelagra este mult mai răspândită.

Un argument nou,—statistic, grafic, impresionant, în sprijinul vechei şi adevăratei idei că pelagra se datoreşte unei carenţe alimentare.

Această problemă a fost lămurită, în ultimul timp prin lucrările cercetătorilor americani, în fruntea cărora trebue să citäm pe *Golberger* şi pe *Elvehjem*. Primul, prin cercetări clinice şi experimentale, urmărite cu perseverenţă în ultimii 15 ani, a demonstrat existenţa vitaminei anti-pelagroase P. P. (Pellagra Preventing), stabilind totdeodată alimentele bogate în acest element indispensabil nutriţiei. Cel de al doilea a reuşit să izoleze din extractul hepatic amida nicotinică sau nicotamida care nu este altceva decât vitamina P. P.

Datele statistice şi observaţiile luminoase ale d-rului *Claudian*, aduc o complectare şi o nouă documentare în clarificarea problemei etiologice a pelagrei.

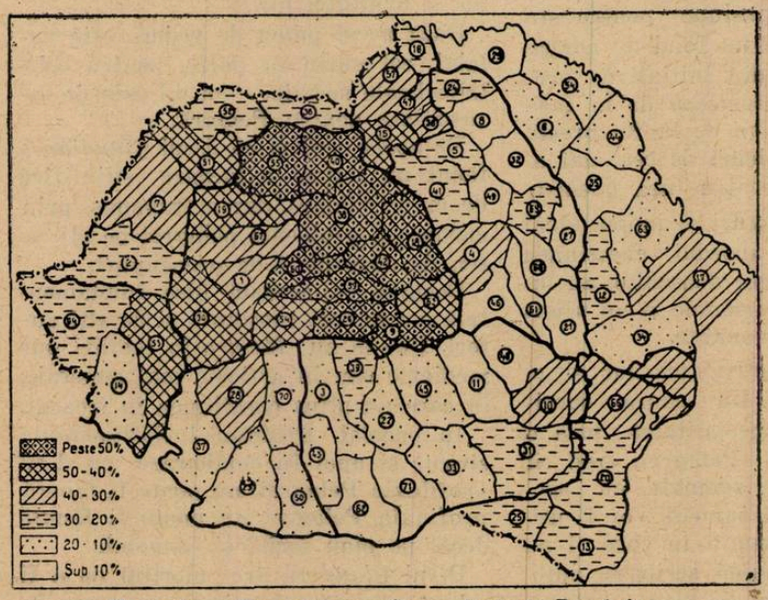
In adevăr, ceia ce autorii americani au constatat prin cercetări făcute în spital şi în laborator, autorul român a putut verifica, plecând de la alte considerente, — pe planul vast al vieţei economice şi sociale al unei ţări.

Alimentaţia pelagrogenă a judeţelor din vechiul regat, unde se observă, această endemie constă dintr'o mare şi aproape exclusivă consumaţie de mămăligă şi este lipsită tocmai de alimentele bogate în vitamină P. P.: carne, ouă, lapte, legume (varză, spanac, pătlăgele roşii).

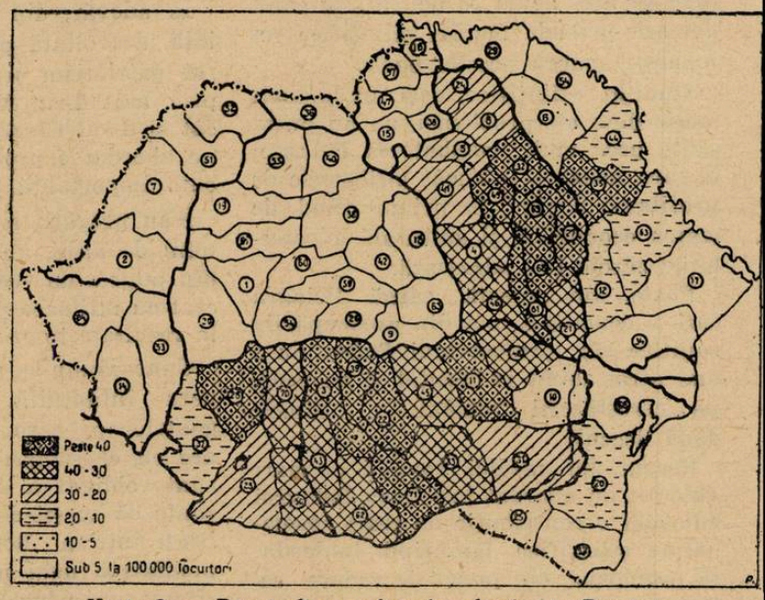
Din potrivă, alimentaţia mai bogată şi mai variată a ardelenilor, mai cultivaţi şi cu mai multe posibilităţi materiale, — a făcut ca endemia de pelagră să fie necunoscută în această regiune a ţărei.

Cum problema pelagrei are, pe lângă efecetele împroprietărirei ţăranilor, nomico-socială, d-rul *Claudian* abordează chestiunea şi din acest punct de vedere, — singurul care ar putea duce la soluţionarea problemei.

In această ordine de idei, examinează efectele împroprietărirei ţăranilor, în urma reformei agrare din 1919, formulă pe care profesorul *Babeş* o credea foarte eficace pentru profilaxia că, împroprietărirea nu a ameliorat criza economiei noastre ţărăneşti, neputând deci înlătura nici una dintre



Harta 1. — Repartiţia vacilor cu lapte în România
Procentul gospodăriilor ţărăneşti care au mai multe vaci



Harta 2. — Răspândirea pelagrei endemice în România
Mortalitatea prin pelagră, pe judeţe, în cursul anului 1937

Cifrele dinăuntrul hărţilor se referă la denumirea judeţelor:

1. Alba	13. Caliacra	25. Durostor	37. Mehedinţi	49. Roman	61. Tecuci
2. Arad	14. Caraş	26. Făgăraş	38. Mureş	50. Romanaţi	62. Teleorman
3. Argeş	15. Câmpulung	27. Fălciu	39. Muscel	51. Sălaj	63. Tighina
4. Bacău	16. Cernăuţi	28. Gorj	40. Năsăud	5 . Satu-Mare	64. Timiş Torontal
5. Baia	17. Cetatea-Albă	29. Hotin	41. Neamţ	53. Severin	65. Trei-Scaune
6. Bălţi	18. Ciuc	30. Hunedoara	42. Odorheiu	54. Sibiu	66. Tulcea
7. Bihor	19. Cluj	31. Ialomiţa	43. Olt	55. Someş	67. Turda
8. Botoşani	20. Constanţa	32. Iaşi	44 Orhei	56. Soroca	68. Tutova
9. Braşov	21. Covurlui	33. Ilfov	45. Prahova	57. Storojineţ	69. Vaslui
10. Brăila	22. Dâmboviţa	34. Ismail	46. Putna	58. Suceava	70. Vâlcea
11. Buzău	23. Dolj	35. Lăpuşna	47. Rădăuţi	59. Târnava-Mare	71. Vlaşca
12. Cahul	24. Dorohoi	36. Maramureş	48. Râmnicu-Sărat	60. Târnava-Mică	

După Dr. Claudian

OCTINUM

KNOLL

Corp cu unitate chimică - Nealcaloid.

Spasmolitic nou cu un dublu mod de acțiune:

Suprimarea spasmelor:

1) prin relaxarea directă a fibrei musculare netede;

2) prin excitarea simpaticului compensând astfel toate stările de hipermotilitate și hipersecreție datorite hiperexcitabilității parasimpaticului, în domeniul tubului digestiv și al celorlalte organe vegetative, fără a produce paralizia sistemului cholinergic (contrar atropinei!).

In doze mari are o acțiune excitantă centrală — deci nu e narcotic!

Dragee Fiole Lichid Supozitorii

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**
CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ
ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI

în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" **SPECIA** 21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

consecinţele ei, printre care Pelagra ocupă primul loc.

Bazat pe lucrări româneşti recente, d-rul *Claudian* face o analiză minuţioasă a condiţiilor economice ale vieţei noastre rurale, cari explică integral situaţia pelagrei în ţara noastră deschizând totdeodată perspective interesante pentru soluţionarea acestei probleme.

Rezumativ: Proprietăţile sub 5 hectare, nu pot da mijloacele de existenţă ale unei familii numeroase, cari nu se pot câştiga decât prin muncă individuală. Din această cauză, ţăranca devine o muncitoare de pământ, neglijându-şi rolul de gospodină şi de mamă, fapt ce are două penibile consecinţe imediate: alimentaţie rea pentru toată familia şi mortalitate infantilă ridicată.

Un alt isvor de venituri şi de mijloace alimentare, ar ar trebui să fie creşterea vitelor, capitol care se găseşte astăzi într'o complectă dezorganizare, mai ales în judeţele vechiului regat.

Baza alimentară a rămas mălaiul de porumb care a înlocuit în secolul al XVIII-lea pe cel de mei, utilizat în vechime, deoarece având aceleaşi proprietăţi culinare este mult mai rentabil, dând o producţie mai mare la hectar.

Alimentaţia cu mălai este în unele regiuni şi în unele epoci ale anului, aproape exclusivă, ajungând până la cantităţi ce par neverosimile: 3 kgr. mămăligă pe zi pentru o persoană.

Celelalte alimente se consumă în proporţii extrem de reduse în regiunile de endemie pelagroasă:

Carne: 2 kgr. 87 gr. anual de locuitor în mediul rural, faţă de 52 kg. 159 gr. în mediul urban.

Lapte: 100—200 gr. pe zi de locuitor.

Ouă — aproape de loc.

Toată alimentaţia se reduce la mămăligă şi ciorbă de fasole albă, care după cercetările lui *Sebrell*, conţine vitamina P. P. în proporţii minimale*.

Datele autorilor americani, pe care le-am putut confirma în urma cercetărilor ce am făcut în Clinica de Psihiatrie de la Spitalul Central din Bucureşti şi cari sunt în curs de publicare, — aduc noui argumente în sprijinul concluziilor d-lui dr. *Claudian*.

Studiul clinic şi experimental duce la aceleaşi concluzii principiale, ca şi interpretarea datelor statistice aşa de bine valorificate în studiul d-lui dr. *Claudian*.

* *După acelaş autor, este nevoe zilnic pentru a avea cantitatea de vitamină P. P. necesară unei nutriţii normale de : 200 gr. carne, sau 200 gr. peşte, sau 1200 gr. lapte, sau 100 gr. gălbenuşuri de ou. Diferenţele între aceste cifre şi cele utilizate de mulţi din ţăranii noştri sunt foarte mari. O alimentaţie variată, în care pe lângă carne, lapte, ouă intră şi unele legume bogate în vitamina P. P. cum sunt spanacul, păltăgelele roşii, var a, fasolea roşie, asigură organismului o nutriţie complectă.*

Ceva mai mult, privind problema pe plan economic şi social, vom ajunge la concluziuni valabile şi imediat aplicabile, ceia ce ne va duce la rezolvarea chestiunei care ne preocupă.

Ameliorarea alimentaţiei ţărăneşti este în legătură imediată cu starea economică şi culturală a păturei noastre rurale.

Deci problema alimentaţiei şi prin urmare profilaxia pelagrei nu intră în posibilităţile de acţiune ale medicilor şi ale organizaţiei noastre sanitare.

Problema trebue transpusă pe plan social şi naţional, ea urmează să fie examinată de economişti, de sociologi şi de conducătorii politici ai ţărei.

D-rul Claudian, în *lucrarea* sa, căutând să interpreteze datele pe cari le-a cules, ajunge la concluziuni interesante tocmai pentru aceşti oameni în grija cărora trebue să treacă chestiunea pelagrei în ţara noastră.

Le vom cita rezumativ:

Această boală nu va putea fi înlăturată decât atunci când populaţia noastră va fi bine hrănită.

O alimentaţie complectă şi variată se va putea obţine în mediul rural, numai prin ridicarea standardului de viaţă al clasei ţărăneşti.

Acest proces complex în mecanismul lui, cere mult timp şi puternice mijloace nu numai de ordin material dar şi de ordin spiritual.

*

Înţelegând importanţa problemei, aşa cum a înţeles-o şi generaţia ce ne-a precedat, dându-ne seama de greutăţile imense ce ridică rezolvarea ei, trebue totuşi să o abordăm cu hotărîrea de a reuşi.

Lucrarea d-rului *Claudian* va însemna în lupta pentru combaterea Pelagrei, un moment hotărîtor. El are meritul de a fi arătat în mod categoric şi convingător, că problema Pelagrei nu este pe teren profilactic de competenţa medicilor şi nu intră în posibilităţile de realizare ale organizaţiei noastre sanitare.

Pelagra este o problemă de stat, în rezolvarea căreia trebuesc antrenate toate competinţele şi trebuesc angajate mijloacele puternice de care numai organizaţia de stat poate dispune.

Medicii au adus în trecut şi aduc astăzi, prin lucrările recente pe cari le-am citat o contribuţie foarte, importantă la rezolvarea problemei.

Prin aceasta ei şi-au făcut datoria lor întreagă.

* * *

Dacă enunţăm aceste concluzii cari sunt juste în fond, nu înţelegem că medicii se pot desinteresa, în viitor de problema pelagrei, lăsând-o numai în grija economiştilor, sociologilor şi conducătorilor politici.

Din potrivă, socotim că este absolut şi continuu necesară colaborarea medicală.

In primul rând, pentru ca prin noui cercetări, să se rezolve problema pe plan ştiinţific.

In al doilea rând, pentru a se găsi metodele medicale cele mai bune, pentru aplicarea pe teren a mijloacelor profilactice.

Intr'o lucrare, aflată în curs de preparaţie, în colaborare cu d-rul *I. Cosmulescu*, preconizăm între altele:

a) Urmărirea şi tratarea sistematică şi preventivă a tuturor cazurilor cunoscute, aşa cum se face sau ar trebui să se facă pentru sifilis.

Tratamentul profilatic poate fi făcut foarte uşor în prezent, graţie cunoaşterei efectelor anti-pelagroase ale acidului nicotinic.

Dacă adăogăm că acest medicament este foarte ieftin, când se importă în cantităţi mari, vom înlătura cel mai mare impediment ce s'ar putea ridica în contra acestei propuneri.

In America metoda a fost utilizată cu foarte bune rezultate.

b) In afară de prevenirea recidivelor prin aplicarea individuală a tratamentului profilactic, propus mai sus, credem că am putea merge la profilaxia colectivă prin administrarea de acid nicotinic întregei populaţii din comunele cari au un mare număr de pelagroşi.

S'ar putea aplica în Pelagră, metoda utilizată în profilaxia Guşei endemice, în care se dă sare iodată la toată populaţia din regiunile în cari boala are o mare extensiune.

*

Aceste propuneri nu sunt decât soluţii paliative, chiar dacă experimentarea lor pe teren, le-ar dovedi eficace.

Soluţia radicală, definitivă, cu efecte absolut sigure, nu poate fi decât ameliorarea standardului de viaţă al populaţiei noastre rurale.

Suntem datori cu toţii, să acţionăm în această direcţie.

Lucrarea d-rului *Claudian*, care a ocazionat articolul de faţă, a adus argumente noui şi de o incontestabilă valoare ştiinţifică pentru rezolvarea problemei profilactice a Pelagrei.

Aducându-i toate elogiile pentru cartea sa, dorim să fie în fruntea acelora cari vor aplica *pe teren*, concluziile cari decurg în mod logic din cercetările sale.

*

Subliniind cu plăcere, aportul important pe care medicii români l'au adus, în ultimii doi ani în lămurirea problemei pelagrei, sperăm că pe lucrările şi concluziunile lor, se va bizui marea mişcare de redresare socială şi de profilaxie, care nu mai poate întârzia.

NEVRALGIA ŞI NEVRITA CRURALA

de Docent Dr. D. GRIGORESCU
Medic-Şef de Consultaţii Neurologice
la Spitalul Brâncovenesc

şi

Dr. A. PĂUNESCU-PODEANU
Medic Secundar al Clinicei Terapeutice

Patologia nervului crural e dominată de două noţiuni: una de ordin clinic, alta de ordin etio-patogenic şi anume:

Manifestările patologice crurale cele mai des întâlnite sunt turburările de deficit motor (caracterizate prin paralizia flexiunei coapsei); iar cauza cea mai frecventă a acestor turburări o constitue traumatismele regiunei crurale cu răsunet direct asupra nervului (producându-i leziuni mecanice).

Algiile crurale sunt întâlnite relativ rar. Sunt cele mai rare algii ale membrului inferior. Iar nevrita propriu zisă, de cauză endogenă este şi mai rară. De aceea şi nevralgia şi nevrita crurală sunt destul de puţin descrise în tratatele curente şi destul de puţin cunoscute.

Uneori totuşi durerea crurală poate să ocupe primul plan, într'un complex morbid. Caracterele ei diferenţiale trebuesc să fie bine cunoscute căci altminteri ea poate să fie uşor confundată, mai ales la un examen superficial. Confuzia diagnostică atrage după sine o terapie eronată, ineficace.

De aceea am găsit cu cale să schiţăm tabloul clinic, cunoştinţele asupra etiopatogeniei şi problemele de diagnostic şi de tratament asupra nevritei şi nevralgiei crurale.

Algia crurală este caracterizată întâiu prin *topografia ei.* Ea ocupă partea antero-internă a coapsei şi partea internă a gambei, mergând de cele mai multe ori până în călcâiu.

Un al doilea caracter propriu este *apariţia ei intermitentă, paroxistică,* pe un fond de durere continuă mai slabă, mai surdă. Imbracă aspectul unei săgetări ce străbate membrul de sus până jos şi acest caracter l'am găsit la toate observaţiile noastre, ca şi la cele din literatura medicală, pe care le-am avut la îndemână.

Intr'unul din cazurile noastre cele mai bine studiate, ele aveau o intensitate teribilă şi se însoţeau de o senzaţie de crampă şi de contracturi musculare regionale în massă, de o violenţă remarcabilă, pe care nu am găsit-o menţionată.

In fine, un al treilea caracter propriu al algiei crurale este acela că ea nu *există niciodată în stare pură.* Algia crurală pură, aşa cum o găsim în sciatică în mod obişnuit, se pare că nu există. Noi nu am întâlnit-o niciodată, iar observaţiile din literatură, ce am cercetat, nu arătau nici ele algia pură. *Algia crurală se însoţeşte întotdeauna de fenomene nevralgice complexe.* Interpretarea acestei particularităţi stă în aceea că pragul susceptibilităţii firişoarelor diverse, conducătoare ale motilităţii, sensibilităţii etc. este cam acelaş la nervul crural, spre deosebire de ceeace se petrece cu alţi nervi (sciaticul de ex.) la care gradul vulnerabilităţii e mult mai mare pentru firişoarele conducătoare ale influxului sensitiv, decât pentru cele motorii. Atingerile cruralului au de aceea un răsunet global, sensitivo motor, în timp ce la sciatic ele manifestă o netă electivitate sensitivă, o notă algică predominantă.

Acest din urmă caracter este de un folos imens pentru diagnostic. In timp ce pentru dignosticul algiei sciatice trebue să ne bizuim doar pe caracterele scoase din analiza clinică obiectivă a acestei algii, provocând-o prin diverse manevre, în cazul algiei crurale origina ei e trădată de fenomenele neurologice complexe ce o însoţesc totdeauna şi anume: fenomene de deficit sensitiv pe zona de inervaţie a cruralului (antero-internă a coapsei fenomene de deficit motor în quadriceps (deficitul şi dificultatea flexiunei coapsei, exprimată prin mişcările active, mers, rezistenţă pasivă, proba lui *Wingazzini);* fenomene de deficit ale reflexului rotulian corespunzător (diminuarea sau abolirea).

Manevrele de obiectivitate ale durerii crurale sunt în linii generale, aceleaşi cu ale tuturor algiilor trunchiurilor nervoase: Durerea e deşteptată de apăsare pe traectul nervului şi de manevrele de elongaţie. In cazul cruralului, punctul dureros caracteristic este acela al arcadei crurale la jumătatea ei, unde trunchiul nervos poate poate fi comprimat pe un plan tare. Iar elongaţia e realizată de extenzia forte a coapsei pe bazin sau de abducţia forţată.

Desprindem din cele spuse, aşa dar următoarele caractere:

Algia crurală este în genere o algie a regiunei antero-interne a membrului inferior, cu săgetări paroxistice şi o algie însoţită, survenind în cadrul unor manifestări neurologice complexe, ţinând de celelalte funcţiuni ale cruralului.

Pe acest ultim caracter se bizue mai ales diagnosticul clinic al acestei algii crurale. Depistarea turburărilor neurologice conexe cere doar un examen mai amănunţit şi oarecari cunoştinţe de fiziologie nervoasă privind nervul (distribuţie, acţiune, etc.) Evidenţierea lor e de cel mai mare preţ pentru diagnostic ea dând certitudinea şi împedicând confuzia ce s'ar putea face cu alte boli.

Bolile cari pot duce la asemenea confuzii şi cu care se face diagnosticul diferenţial, sunt mai cu deosebire durerile fulgurante tabetice şi fenomenele de claudicaţie, pe fond vascular, acestea mai ales din cauza caracterului paroxistic şi săgetător al durerilor crurale. In al doilea rând, vin, în diagnosticul diferenţial, durerile articulare, musculare, osoase sau venoase ale regiunei care pot preta la erori de diagnostic.

Fiind mai frecvente, eticheta lor este de cele mai multe ori pusă asupra algiei crurale, mai ales la un examen superficial şi în majoritatea cazurilor observate de noi, bolnavii fusese diagnosticaţi anterior drept reumatizanţi.

Ca şi la sciatic, nevralgia crurală poate lua aspectul radicular, funicular sau periferic, după sediul leziunii cauzale. Caracterele distinctive sunt aceleaşi ca şi la ceilalţi nervi, de aceea nu vom reveni asupra lor. Insistăm numai asupra faptului că majoritatea algiilor crurale au tipul funicular sau trunchiular.

Cauzele algiilor crurale sunt variate:

In primul plan stau cauzele mecanice. Tratatele clasice vorbesc în special de *afecţiunile chirurgicale* ale regiunei (în aceste cazuri este vorba mai ales de leziuni mecanice ale nervului, decât de nevrite propriu zise).

Răceala, oboseala, curenţii de aer, umezeala, statul îndelung în picioare sunt cauze ce vin adeseori să condiţioneze o nevrită crurală. Ele au fost încriminate de *Hesse* în observaţiunile publicate de el. Noi credem deasemenea în aceste cauze şi în frecvenţa lor apreciabilă ca factori etiologici, după experienţa noastră.

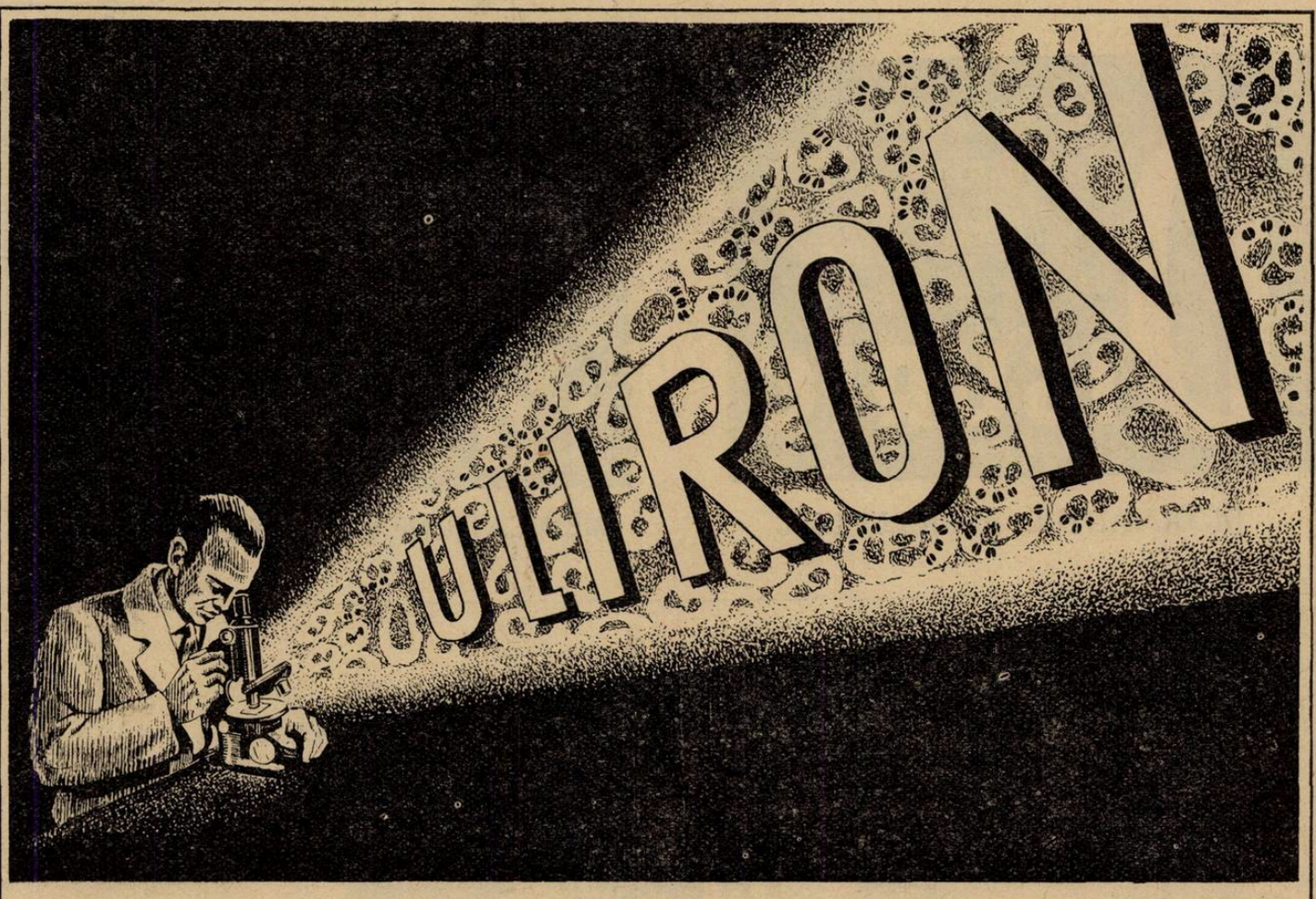
Tot *Hesse* consideră *alcoolismul* ca un element adăogat, de mare valoare în determinismul acestei nevrite crurale.

Bruns şi *Veraguth* descriu un caz în cursul *diabetului.*

Au mai fost descrise încă nevralgii lombare complexe, cuprinzând şi cruralul survenind la femei *în urma sarcinilor (Ernest, Hauch)* şi considerate ca consecinţe ale unei *infecţiuni puerperale (Hauch)* ale resorbţiei de lochii sau ale traumatismului facerii.

Iar destul de recent *Souques* a arătat posibilitatea apariţiei algiei crurale în *urma unui efort.* El crede că ar fi vorba în aceste cazuri de o acţiune traumatică exercitată asupra fibrelor nervoase printr'un hematom sau mai curând — printr'o strangulare la nivelul psoasului.

Uneori cauza durerii crurale poate fi *tabesul.* Durerile fulgurante tabetice urmează uneori traectul cruralului. Algia crurală şi tabesul nu se exclud deci ca diagnostic, atât numai că



Preparatul chimioterapeutic contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul BLENORAGIEI pentru administrarea pe cale bucală.

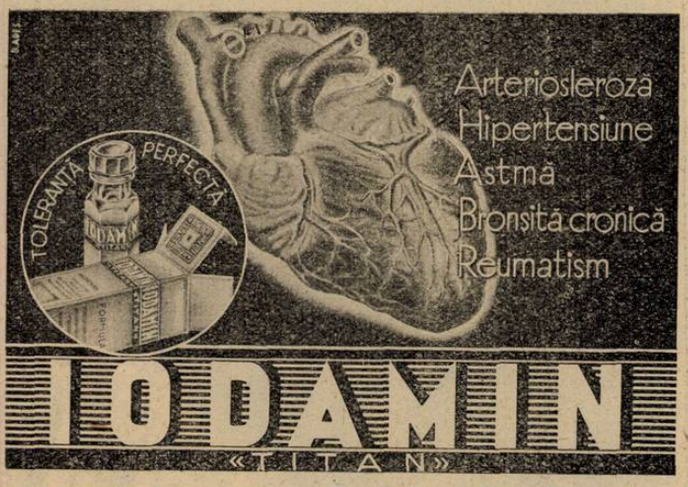
«Ulironul marchează incontestabil un progres însemnat în chimioterapia blenoragiei. Efectele sale întrec pe acelea ale altor preparate şi permit într'un procent important vindecarea pe cale bucală, ceeace înseamnă un progres remarcabil».

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Pop şi Dr. P. Cirlea, „Clujul Medical" 11-1938.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

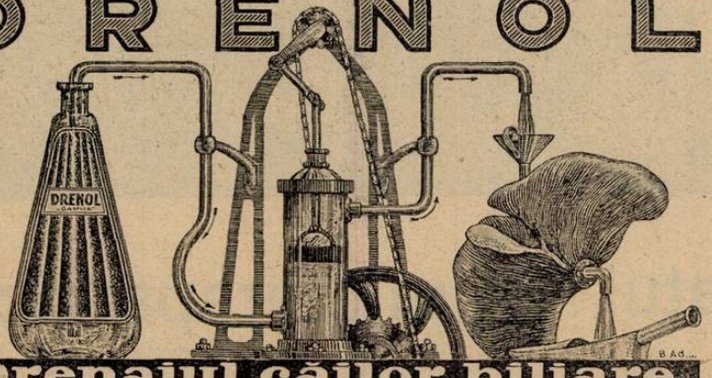
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România :
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 3-722.

DIZOLVANTUL ACIDULUI URIC



MEDICAȚIUNEA IODATA INTENSIVĂ

DRENOL



ICTERE
COLECISTITĂ
LITIAZĂ BILIARĂ

COLAGOG
COLERETIC
COLEFLUIDIFIANT

Drenajul căilor biliare pe cale bucală
SOLUȚIE

NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ

RECONSTITUANT ENERGIC

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

algia crurală tabetică, radiculară are cu totul altă semnificaţie clinică şi alt pronostic, decât simpla nevralgie sau nevrita banală a acestui nerv. In acest caz accentul cade pe substratul etiologic al durerii crurale, care nu mai are importanţă, privită ca atare; ea e acum doar o manifestare simptomatică. Diagnosticul acestui substrat este în acest caz de primă importanţă, el fixând atitudinea terapeutică ideală.

Dat fiind că algia tabetică crurală nu e prea rară şi că unul din noi *(Grigorescu)* a putut observa câteva cazuri, este de recomandat că în faţa unei algii crurale, să facem şi cercetările de laborator pentru depistarea unui eventual lues nervos ocult.

In fine există dureri crurale cu substrat pur vascular.

Există o categorie de *algii vasculare*, cunoscute sub denumirea de algii apoplectiforme. Acestea sunt produse de o hemoragie bruscă în vasa-nervorum; la rândul ei hemoragia poate avea substrat un proces inflamator, (degenerativ, scleroză) discrasic (diverse afecţiuni sanguine) etc. *Crouzon* şi *Lhermitte* au făcut în ultimii ani un studiu de ansamblu asupra acestor algii apoplectiforme, bazaţi pe observaţia a cinci cazuri, dintre cari una privind chiar cruralul.

Algiile apoplectiforme nu constitue singurul aspect al răsunetului proceselor vasculare asupra sistemului nervos. Sunt unii autori (ca *Schmidt)* cari au tendinţa de a socoti că majoritatea algiilor periferice au un substrat vascular, vaso-spasmodic de cele mai multe ori, vaso-dilataţie alte ori, în vaso-nervorum. Fenomenele de claudicaţie vasculară în vaso-nervorum pot să determine uneori apariţia algiilor periferice aşa cum pot să provoace claudicaţia în măduva spinării, fapt cunoscut dela 1896 în urma lucrărilor lui *Dejerine* şi *Sottas*.

Nu cunoaştem din literatură asemenea cazuri dar impresia unei algii prin claudicaţie vasculară am avut-o într'un caz al nostru *(Păunescu-Podeanu)* în care paroxismele dureroase aveau destul de net caracterul de crampă vasculară şi erau extrem de vii şi în care caz durerile au dispărut odată cu scăderea tensiunei arteriale găsită în primul moment de 18 — 11. Era vorba în plus de un individ de 45 de ani cu stigmate de scleroză arterială periferică şi etilic. Durerea a cedat foarte uşor în câteva zile (contrar obicinuinţei) prin anti-spasmodice şi vaso-dilatatoare şi câteva antinevralgice.

Evoluţia — în genere — a algiilor şi nevritelor crurale e lungă: 4 — 8 săptămâni. Durerea cedează treptat, crizele algice rărindu-se progresiv. Fenomenele motorii deficitare precum şi reflexele revin cu mult mai încet şi târziu. Adeseori un deficit residual rămâne pentru totdeauna. Experienţa noastră confirmă, în acest sens, cunoştinţele clasice, în afară de un caz (cazul citat mai sus) în care cedarea durerilor s'a făcut rapid.

Persistenţa în mod dehiscent a turburărilor (dispariţia durerilor, reapariţia sensibilităţii obiective pe zonele corespunzătoare unde dispăruse, cu persistenţa turburărilor motorii şi de reflexe) arată evident că şi la crural, ca şi la ceilalţi nervi, există vulnerabilitate deosebită a fibrelor componente, fapt despre care am mai vorbit, şi că la acest nerv cele mai susceptibile firişoare sunt cele motorii (invers decât la sciatic). Incă o dovadă că unitatea anatomică nerv nu este şi o unitate fiziologică şi că fiecare din nervii periferici are o fizionomie proprie din punct de vedere al manifestărilor patologice. Tocmai această fizionomie clinică particulară a cruralului am încercat s'o scoatem în evidenţă în acest articol.

Cunoaşterea nevralgiei şi nevritei crurale şi a caracterelor lor îşi are importanţa sa prin folosul practic ce îl poate aduc uneori. Prin această cunoaştere se diminuă posibilitatea de erori de diagnostic în domeniul durerilor membrului inferior şi se dă putinţa unei terapii mai adecuate şi — fireşte — mai eficace.

Tratamentul nevritei crurale este acelaş ca al nevritelor în general. In afară de mijloacele antalgice obişnuite, când e vorba de dureri mari, stricnoterapia şi electricitatea sub diverse forme, constituesc, ca în toate nevritele, tratamentul de bază. Vitamina (B_1) a dat lui *Hesse* rezultate admirabile în cinci cazuri; deasemenea nouă ne-a fost de folos în câteva cazuri în cari am încercat-o, de aceea o recomandăm, ca tratament auxiliar, în cadrul celorlalte mijloace terapeutice.

Combaterea durerilor pe cale parenterală şi rectală cu „Cibalgine“

de Dr. VIORICA IONESCU GOMOIU şi Dr. LEONINA DOBRESCU

Medici la Aşezămintele A. S. R. Principesa Elena din Bucureşti

Progresele realizate între timp au modificat foarte mult situaţia din vremea lui *Berard*, care spunea că «medicina vindecă câteodată, alină adesea şi consolează totdeauna», — căci chiar dacă n'a ajuns nici astăzi ca să vindece toate cazurile, ea este cel puţin în stare să aline totdeauna.

Pentru potolirea durerii fizice — despre care se spunea odinioară că «sedare dolorem divinum opus est», medicina dispune astăzi de o mulţime de mijloace, iar printre acestea, până bine de curând, morfina era aşa de reputată încât unul din detractorii medicinei — sau necunoscător al realităţii — pretindea că această ştiinţă atât de vastă prin complexitatea ei, se reduce la «morfină şi minciună».

De sigur că, nu grija de această ironie eftină, ci neajunsurile — uneori foarte serioase ale morfinei — au făcut pe cercetători să iscodească alte mijloace, care să ofere numai avantagiile celui amintit, dar fără desavantagiile lui.

Această condiţiune — am putea zice, acest ideal — se pare că şi-a găsit deplină satisfacţie în preparatul *Cibalgine»* în a cărui compoziţie intră următoarele elemente:

Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon 0,44 g.

Dial (acid Diallylbarb. 0,06 g.

Aethylurethan şi monoaethylurea 0,56 g.

Apă distilată 2 c. c.

Este un produs al casei «Ciba» — de unde-i vine şi numele — şi este prezentat sub formă de tablete cu 0,20 g. Cibalgine, picături (1 cc. 0,25 g. Cibalgine), fiole de 2,3 cc. cu 0,5 g. Cibalgine, precum şi sub formă de supozitoare cu 0,50 (forte) şi 0,25 g. (mite) Cibalgine.

Am experimentat acest medicament încă din anul 1935, iar rezultatele ce s'au obţinut ne-au îndemnat să-i acordăm o încredere din ce în ce mai mare, aşa că în 1937 l-am folosit în următoarele cazuri:

1 Artrită gonococică,

1 Coxo-tuberculoză fistulizată.

2 Morb Pott fistulizate (unul cu tumoră albă a genunchiului),

10 Algii postoperatorii (1 lithiază biliară, 1 lithiază renală,

1 fistulă stercorală, 1 tumora pilorului, 2 hemoroizi, 4 altele).

Cu excepţia a două cazuri, medicamentul a fost administrat totdeauna în injecţii intramusculare, în doză de 2 cc. şi numai în 2 cazuri s'a întrebuinţat sub această formă.

In 1938 l-am întrebuinţat însă — atât în injecţii cât şi în supozitoare — în toate cazurile de algii exagerate. iar rezultatele ne-au apărut excelente.

De pildă:

1. Bolnavul V. S., de 15 ani, elev, a fost operat pentru fistulă interfesieră cu

punct de plecare osos. După două ore, acuzând dureri mari şi fiind prea agitat, i s'a administrat un supozitor cu Cibalgine (forte); — după 15 minute, durerea a dispărut fără să mai revină, şi bolnavul s'a liniştit.

2. Bolnavul C. D., de 18 ani, ucenic, suferind de tuberculoză intestinală, cu dureri abdominale atroce, pe care şi le calmase până atunci numai cu morfină. In prima zi după internare în spital i s'a micşorat doza de morfină şi în schimb i s'a pus un supozitor cu «Cibalgine». Durerea a dispărut după 20 minute dar a reapărut după 12 ore. I s'a dat atunci numai un supozitor de Cibalgine, fără morfină; — durerea a dispărut complect şi bolnavul a dormit un somn liniştit, iar la deşteptare s'a simţit reconfortat şi fără stare de obnubilaţie anterioară. De aci înainte i s'a dat la 1 — 2 zile câte un supozitor până la ameliorarea stării generale, când s'a putut dispensa foarte uşor.

3. Bolnava M. C., de 36 ani, casnică, internată pentru coxo-tuberculoză, cu dureri violente în jumătatea dreaptă a basinului cari iradiau spre coapsă. Fusese tratată la Iaşi cu injecţii de morfină, dar aceasta îi producea o stare de toropeală şi chiar vărsături. I s'a dat un supozitor, dar efectul a apărut abia după 25 minute şi n'a durat decât o oră; — după 3 ore i s'a pus un al doilea supozitor de Cibalgine şi de data aceasta efectul a fost mulţumitor căci după 15 minute durerea a dispărut complect. A urmat o linişte care a durat două zile, iar de aci înainte i s'a administrat câte un supozitor la 2—3 zile, fără ca bolnava să mai resimtă turburările pe care le avea după morfină.

4. Gh. F., de 38 ani, inginer, a fost operat de hemoroizi. Acuzând dureri mari, i s'a făcut la ora 3, o injecţie cu Cibalgine; efectul a apărut după 10 minute, dar a revenit a doua zi la ora 4; i s'au făcut o nouă injecţie şi durerea a dispărut complect.

5. E. R., de 44 ani, medic, suferind de flegmon al mâinii şi antebraţului, cu limfangita întregului membru superior consecutiv unui panariţiu al indexului. I s'a administrat un supozitor cu Cibalgine ca să se poată transporta la spital. Durerile au încetat după 20 minute, iar după o oră (mai înainte de a fi operat) a dormit un somn liniştit.

6. B. D., de 55 ani, comerciant, a fost operat de hemoroizi. După două ore acuză dureri insuportabile şi este foarte agitat; — la ora 7 p. m. i s'a făcut o injecţie cu Cibalgine, şi durerea a dispărut după 30 minute; bolnavul a dormit apoi 3 ore foarte liniştit iar de altă injecţie n'a mai fost nevoe.

7. Doamna A. D., de 70 ani, pensionară, suferind de neoplasm piloroduodenal. A fost tratată anterior cu injecţii de morfină, dar le suporta greu din cauza greţurilor şi a vărsăturilor pe care i-le provoca. Acuză dureri atroce şi este foarte agitată, iar pulsul numără 120 bătăi pe minut. I s'a pus un supozitor de Cibalgine, şi după 35 minute durerea a încetat, agitaţia a dispărut, pulsul a revenit la 90 bătăi, şi bolnava a căzut într'un somn liniştit cum nu mai cunoscuse de când s'a înteţit boala. Timp de 4 zile consecutiv i s'a administrat câte un supozitor, iar a 5-a zi a fost operată (gastro-enterostomie). In cele 2 zile următoare operaţiei i s'a mai dat câte un supozitor, cu care s'a obţinut acelaşi efect (somnul foarte liniştit, iar deşteptarea fără oboseală şi fără nici una din senzaţiile pe care le avea după întrebuinţarea morfinei). A treia zi după operaţie, bolnava s'a dispensat singură de folosinţa altor supozitoare.

Aceleaşi rezultate le-am obţinut în cazuri de cefalalgii postoperatorii, fără a fi depăşit vre-o dată doza unui supozitor, sau să o fi repetat mai mult de două ori.

Alegerea între supozitori şi injecţie depinde la preferinţă şi de posibilităţile bolnavului, dar este de ştiut că, injectată intramuscular, Cibalgine nu produce nici o reacţie supărătoare a ţesuturilor, aşa că ar putea să fie folosită chiar la copii.

Ori care ar fi însă calea de administrare, efectele «Cibalgine-i» par a fi de o durată mai lungă, şi le considerăm superioare celor ale morfinei fiindcă n'am constatat nici odată cunoscutele turburări ale acesteia şi nici tendinţa la «obişnuinţă».

Acesta este de altfel unicul motiv care ne-a determinat să înfruntăm riscul obişnuitei bănueli şi am scris articolul fiind îndemnaţi de convingerea că facem un bine bolnavilor şi indirect profesiunei noastre.

NOTITE TERAPEUTICE

Consideraţiuni asupra tuberculozei pulmonare şi altor afecţiuni pulmonare netuberculoase prin Silphoscalin

de

Dr. Ovid Constantinescu

Preparatul Silphoscalin are următoarea compoziţie: calciu fosforic, calciu glicerofosfat, siliciu vegetal, stronţiu, litiul şi oleul eteric din semen erucae.

Administrarea în acelaş timp a calciului şi fosforului, are importanţă farmacodinamică. Un surplus de fosfor produce o depunere mai mare de calciu. In ce priveşte siliciul, este de remarcat că, atunci când procesul de cicatrizare e pe cale să se instaleze, organismul are nevoie de un consum mai mare de siliciu. Pentru a se împiedica consumarea acesteia prin depozitul organismului, este nevoie să se administreze siliciu. Şi într'adevăr, după *Gautz*, procentul de siliciu al sângelui creşte cu 400% prin administrarea unui preparat cu siliciu. Stronţiul şi litiul au acelaş efect ca şi calciul.

Trebue menţionat şi acţiunea oleului eteric din seminţe de erucae. Unii autori cred că el se elimină direct prin plămân, unde exercită o înrâurire desinfectantă. Alţi autori admit, şi e foarte probabil, că oleul disolvă învelişul de ceară al bacilului.

Următorii autori s'au ocupat de efectele preparatului Silphoscalin: prof. dr. *Flotow*, în Allgemeine Medizinische Zentral Zeitung No. 14 din 1933. Dr. *Richard Pfeiler*, din Viena, în «Die Tuberkulose», numărul 12, 1936 München. Dr. *Paul Szanto* din Viena (Deutsche Aertze Zeitung No. 274 Berlin. Dr. *A. Satler* dela spitalul «Keiser Franz Josef» din Viena, (Wiener Medizinische Wochenschrift No. 26, 1937). Dr. *Elisabeth Urbanitzky* din Viena (Wochenschrift für praktische Aerzte Medizinische Klinik No. 15. 1937).

Incercările noastre au fost făcute, în sanatoriu, asupra a 10 cazuri, din cari opt cu diferite forme de tuberculoză pulmonară în diferite stadii ale bolii, un caz de bronşectazie şi unul cu astm bronşial.

Ca tehnică: am administrat în primele trei zile numai câte 2 tablete de 3 ori pe zi, în special după mese; am continuat apoi cu de 3 ori pe zi câte 3 tablete. In total fiecare pacient a luat câte trei flacoane. Toţi au suportat bine preparatul, fără turburări gastro-intestinale.

Rezultate clinice. Expectoraţia s'a uşurat chiar dela început, apoi cantitatea a scăzut simţitor, devenind mai puţin vâscoasă şi aerată. Tusea s'a rărit simţitor. Transpiraţiile nocturne au dispărut la toţi bolnavii. Apetitul a revenit sau s'a mărit. Greutatea a crescut aproape în toate cazurile. Temperatura a revenit la normal în 5 cazuri. Numărul bacililor Koch, după scara Gaffky, s'a redus în 5 cazuri, iar în celelalte 3 bacilii au dispărut. Indicele de sedimentare al hematiilor a fost simţitor scăzut. Semnele stetacustice s'au redus în mai multe cazuri, în special ralurile umede.

Spaţiul nu ne îngăduie să reproducem toate observaţiile noastre. Ne vom mulţumi de aceia să redăm numai una:

SINDROM ENTERO-RENAL

TOXIC ŞI INFECŢIOS

Carbargyre

CĂRBUNE **ARGINT**

Cărbune şi argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC **COLIBACILURIE FERMENTAŢIUNI DIAREE** **ANTIINFECTIOS**

Modul de întrebuinţare: De preferinţă înainte de mese 1—3 cachete pe zi

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, avenue Marceau, Paris XVI-e

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, Bucureşti I, str. Sf. Apostoli 21

Colyr apos isotonic pe bază de Zinc
sulf. clorh. de tetrametyltionin, aqua
hamamel. sol. adrenalină 1‰ etc.

ISOCOLYR

Nedureros **Flacon pipetă**

Indicat în: Hyperaemie, Conjuctivită, Blepharită etc.
Doze: 2 — 3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre medicale trimite la cerere:
M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Obs. 1. A. R. de 24 ani, funcționar, bolnav din Februarie 1938. Se internează în sanatoriul nostru la 20 Aprilie 1938.

Clinic la dreapta. Raluri subcrepitante în zona de alarmă și spațiul inter-scapulo-vertebral, în față fosa subclaviculară unghiul extern raluri crepitante și subcrepitante mari. Axilar superior respirația suflantă. Frecături pleurale la baza dreaptă.

Radiologic. Infiltrat parascizural drept cuprinzând cele 2 treimi inferioare ale lobului superior drept, cu cavernulă corticală. Mici focare nodulare opace, diseminate în amblee câmpuri pulmonare. Proces scleros bilar predominant.

Semne funcționale. Inainte de tratament. Temperatura vesperală 37 — 37,0. Expectorația muco-purulentă, vâscoasă în cantitate de 55 cm. cubi. Tuse moderată dimineața; bacilul Koch prezent. Gaffky + 8. Transpiră noaptea și are dureri în fosa subclaviculară dreaptă și la ambele baze toracice. Nu poate dormi, apetitul redus cu turburări digestive. Cântărește 65,500 kgr. Talia 1,72 m. Indicele de sedimentare al hematiilor = 12.

Incepe tratamentul cu Silfoscalin. O săptămână i se prepară de 3 ori 2 tablete și apoi de câte 3 ori 3 tablete la zi. A luat în total 3 flacoane a 80 tablete.

După tratament. Semne funcționale. Temperatura redusă la normal 36, 5-36, 7. Expectorația a devenit mucoasă și redusă la 20 cm. cubi. Nu mai tușește. Durerile absente. Nu mai transpiră. Doarme bine, apetitul a revenit și turburările digestive au dispărut. Cântărește 69,400 kgr. I. S. H. = 4. 5.

Clinic. Ralurile nu se mai aud.

Radiologic. Infiltratul mult redus, cavernula nu se mai observă. Ameliorare clinică și radiologică.

Concluzii:

I. Silfoscalinul constitue un prețios tratament chimio-terapic în tuberculoza pulmonară, nu însă cu acțiune specifică.

II. Efectele cele mai bune le-am constatat asupra expectorației, tusei, temperaturei, apetitului și vitezei de sedimentare; starea generală se îmbunătățește repede și bolnavii capătă o stare de euforie, care aduce ridicarea moralului lor.

III. Semnele stetacustice și radiologice se modifică într'o proporție mai mică și mai tardiv.

IV. Cele mai bune rezultate le-am obținut în infiltrațiile recente, precum și în formele cavitare proaspete; formele fibroase au fost mai puțin influențate, atât din punct de vedere clinic, cât și radiologic.

V. Medicamentul nu produce nici un accident sau deranjament gastro-intestinal și poate fi întrebuințat în orice mediu, deoarece tratamentul nu cere o supraveghere specială.

MEDICINA MILITARA

de **CONSTANTIN DANIEL**

Unii persistă încă, la noi, în credința că nu ar exista o «medicină militară», pretinzându-se că medicina civilă și cea militară nu s'ar deosebi una de alta prin nimic esențial, ci din contra ele ar forma o singură știință. Printre argumentele ce se invoacă în favoarea acestei teze ar fi constatările că o infecție, o plagă, etc., observate în timp de război se consideră și se tratează după legile de patologie generală care comandă practica medicală cotidiană

După acest raționament, s'ar părea că însăși titlul de «medicină militară» ar fi întrucâtva anacronic, față de împărțirea actuală a disciplinelor medicale.

Se vedem, însă, dacă tot așa se înțeleg lucrurile și în streinătate, cu mari Școale sau Academii de medicină militară, unde apare o bogată literatură de medicină de război și de unde a pornit inițiativa frumoaselor *Congrese internaționale de medicină și farmacie militară*, cum a fost neuitatul congres ce s'a ținut în capitala noastră, acum doi ani.

De pildă, în Franța, țara pe care o cunosc mai bine, — osebit de facultățile de medicină civilă, găsim o celebră Școală de medicină militară: Val-de-Grâce, unde se face instrucțiunea completă a viitorilor medici militari; deasemenea o școală de medicină navală, o școală de medicină colonială, etc., având fiecare un corp profesoral separat de acela al Facultăților de medicină.

Intrebarea naturală care se pune este: de ce oare elevii cari se devotează medicinii armatelor nu sunt trimiși să lucreze la facultățile civile? Aci stă punctul esențial al răspunsului meu: Pentrucă viitorii medici militari n'ar putea găsi în facultățile civile totalitatea cunoștințelor de aplicat în serviciul medical al armatelor, în timp de pace și de război. Acești medici nu pot învăța în facultățile civile decât materiile clasice cunoscute, pe cari le predăm noi azi: științele medicale, patologia și clinica, higiena și terapeutica, etc.

Unde, la noi, viitorul medic militar poate dobândi restul de cunoștințe în raport cu datoria sa de a servi tuturor nevoilor armatei? Desigur că la excelentul nostru *Institut medico-militar* se predau diverse și interesante cursuri de complectare a cunoștințelor, încât medicul militar de carieră este pregătit suficient. La *Școala specială sanitară* tinerii medici militari activi dobândesc cunoștințele de *tactică sanitară*, de *organizare a serviciului sanitar în timp de pace și război*, de *higienă și chirurgie de război*, *aprovizionarea sanitară*, *arma chimică*, cu patologia și terapeutica gazaților, etc. Aceste cunoștințe se împrospătează și complectează în *Școala pregătitoare de ofițeri sanitari superiori*.

Pentru medicul civil, însă, care și el este chemat să servească armata alături de medicul militar, se pune întreparea unde va dobândi el aceste cunoștințe suplimentare, pentru îndeplinirea misiunii sale? Se știe că în timpul stagiului militar — a cărui durată și aplicațiune diferă, după legi, dela două luni la un an, fie numai la oștire, fie parte la oștire, parte la sate— este prea scurt pentru dobândirea de noțiuni medico-militare suficiente. După părerea, mea stagiul militar al medicului ar trebui să fie mai ales rezervat armelor, unde să învețe disciplina și comanda, mânuirea muniților, regulamentele militare de pace și război, etc.

Ii rămâne de asimilat medicului civil întreaga categorie de cunoștințe medico-militare, pe care nu le poate dobândi în timpul stagiului militar. *Problemele relative la serviciul sanitar al armatei* (factori preventivi, factori curativi, organizare, funcționare, serviciul sanitar la armatele de operațiuni, serviciul sanitar în zona internă), *tactica evacuării* și importanta chestie a *triajului răniților*, unele particularități ale *chirurgiei de război* — sunt tot atât de necesare ca și cunoștințele pur medicale dobândite în facultăți.

* * *

Prin urmare, pentru oricine reflectează obiectiv, rezultă că medicul civil, deși e chemat să servească armata în mod egal cu medicul militar, nicăiri nu a dobândit pregătirea necesară, care să-l facă capabil de a-și îndeplini cu suficientă pricepere datoria în timp de război.

El merge la război ca un improvizat, obligat să dobândească la fața locului, din fapte, experiența ce ar trebui s'o aibă dinainte.

Să mă iau de exmplu pe mine, care în timpul războiului nevoind să fac uici un fel de intervenție spre a mi se schimba locul prevăzut în ordinea de bătaie, m'am simțit destul de nepregătit la începutul acțiunii noastre, ca să pot face față serviciului de organizare, de disciplină și de comandă, la diversele unități ce mi se încredințaseră în calitatea mea de ofițer superior.

Știam și citisem desigur multe lucruri din medicina de război, publicate între anii 1914 — 1916, dar erau atât de multe de știut, în special asupra *profilaxiei de război, tifosului exantematic și febrei recurente, tetanosului și gangrenei gazoase, șocului și accidentelor depresive după traumatismele de război*, la hemoragici, la

marii răniți, la infectați, *terapeuticii plăgilor articulare, tratamentului plăgilor infectate și devitalizate, evoluțiunii traumatismelor deschise, amputațiunii plane, plăgilor pulmonare, traumatismelor și abceselor cerebrale, tratamentului gazaților, patologiei și tratamentului arsurilor masive,* etc.

Experiența dobândită din lecțiunile războiului a fost considerabilă și a dat loc la desbateri științifice remarcabile în toate centrele civilizate. Ele au precizat multe regule aplicabile în practica civilă. O parte din observațiunile mele personale le-am consemnat în 3 articole din *Revista Sanitară Militară* din București: *Noile învățăminte asupra tetanosului în cursul războiului general* (Nr. 9, 1920): *Considerațiuni asupra plăgilor observate în timpul războiului actual* (Nr. 10. 1920) *Sterilizarea plăgilor de război* (No. 12, 1920); și într'un al 4-lea articol apărut în *Spitalul: Progresele realizate în patologia plăgilor în timpul războiului mondial* (Nr. 10, 1920).

Cine nu-și amintește de discuțiunile, în streinătate, din timpul războiului asupra *suturii primitive, precoce* sau *secundare a plăgilor de război?* Aceeaceastă chestiune a fost readusă în desbaterile Academiei de Chirurgie din Paris în 1933 de colegul și amicul meu *Braine,* și mai recent la 14 Iunie 1939, cu ocaziunea comunicării d-lui *Vassitch* (Belgrad) asupra *pericolului suturii primitive în traumatismele deschise în timp de pace.*

Eminentul meu coleg *Desplas* (din Paris). într'un important articol în *Revue Médicale Française* (Mai, 1939), a reluat, cu aplicațiuni în practica civilă, chestiunea *suturii primitive în traumatismele deschise* și a precizat câteva reguli cari se aplică la toate plăgile, chiar și la cele articulare. Iată, asupra acestui subiect de practică curentă, concluziunile autorului:

1) *Orice sutură imediată a plăgilor părților moi poate pune viața rănitului în pericol;*

2) *In prezența unei plăgi, trebue, fără amânare, să facem radiografia si sub anestezie: să excităm chirurgical țesuturile contuze* (piele, țesut conjonctif, țesut aponevrotic, mușchi, eschile libere) *și să scoatem resturile vestimentare, corpii streini, să practicăm o hemostază complectă, toate acestea după regulile chirurgiei aseptice.*

3) *Sutura.* a) *Sutura primitivă a* plăgii perfect excizată nu e posibilă decât în cazuri excepționale, dacă avem: α. o plagă superficială, β. o plagă recentă, γ. o plagă prin tăetură, în care elementul contuz este redus la minimum.

In toate celelalte cazuri și în caz de îndoială, mai bine e să ne abținem de a sutura decât a sutura.

b) Plaga perfect excizată va fi pansată și imobilizată și fire de așteptare vor fi plasate. Acestea vor permite în a 5-a zi o apropiere aponevrotică și cutanată care va realiza *sutura secundară.*

c) Dacă temperatura, pulsul, semnele locale, controlul bacteriologic sunt defavorabile, plaga va fi mai întâi desinfectată cu Dakin și apoi se va putea face *sutura secundară.*

d) Când distrugerile tisulare sunt prea accentuate, *amputația* e singura conduită. *Când operațiile mutilante sunt necesare, ele trebue să fie imediate.*

O altă chestiune importantă, strâns legată de terapeutica plăgilor, și care s'a desvoltat și perfecționat în sfera medicinei militare este *transfuziunea sanguină.*

Transfuziunea sanguină cu sânge conservat, pe care excelentul meu amic *profesorul G. Jeanneney* (de la Bordeaux), a preconizat-o primul în Europa, raliază azi sufragiile tuturor competințelor, și la al doilea Congres Internațional al transfuziunii sanguine, ținut la Paris în Septembrie 1938, unde am fost raportor asupra *Hemoragiilor masive,* majoritatea medicilor s'au pronunțat în favoarea ei, ca singură practicabilă în timp de război. Metoda lui *Mariotte* și *Kekwick* de transfuziune lentă goutte à goutte (1935), perfețională de colegul și amicul meu *A. Tzanck* sub numele de *perfuziune sanguină,* este chemată să dea cele mai bune rezultate la marii șocați. In teza de doctorat, pe care am inspirat-o în Mai 1939 elevului meu T. Abrudescu, se găsește expusă starea actuală a organizării transfuziei sanguine în România. Organizarea transfuziei la noi, fiind încă rudimentară, am expus un program minim de organizare în timp de pace și de război, care sperăm că va fi aplicat.

* * *

Cine poate contesta că nu se impune, pentru pregătirea sanitară de război, dobândirea dinainte a tuturor acestor cunoștințe? Cine poate pretinde că, părăsind Facultatea de medicină, medicul român a dobândit toate cunoștințele relative la aceste interesante și importante subiecte?

Astfel de cunoștințe învață medicii militari la școlile speciale de medicină militară. In streinătate, medicii civili nu le învață decât incomplect, atunci când își fac serviciul militar, și le mai împrospătează cu ocazia concentrărilor anuale (vingthuit jours, treize jours).

La noi, medicul civil are și mai puțin ocaziunea să cunoască problemele pe cari le ridică medicina în armată. Și este de dorit ca studentul să învețe aceste cunoștințe pe băncile școalei, la o catedră specială, oricare ar fi titlul ei, de medicină militară sau alta, *tratând toate cunoștințele necesare pentru pregătirea sanitară de război.* Un astfel de învățământ mi se pare cu atât mai indicat azi, când în conflictele moderne nu mai este vorba de armată, ci de națiunea armată, și când participă la apărarea țării nu numai luptătorii, ci întreaga națiune validă, femei și adolescenți laolaltă.

Sperăm că, până la înființarea la noi a unei Academii de medicină militară, în felul celebrei Școale «Val-de Grâce» din Paris — atât de necesară pentru timpurile de azi, — învățământul medico-militar se va putea deocamdată alipi pe lângă Facultatea de medicină din București și încredința unui medic militar, care să posede tot ascendentul pentru a face legătura armonioasă dintre medicii civili și Corpul Sanitar militar.

BIBLIOGRAFII

Essai de Meteoropathologie par W. Kopaczewski, J. B. Bailliere & fils Paris. Un volum de 296 pagini

Rolul diferiților factori meteorologici în apariția unor stări patologice este cunoscut din antichitate.. Hippocrat, Celsius și alții atrăgeau atențiunea asupra legăturei între maladie și condițiunile ambiante, ca terenul, anotimpurile, climaturile.

Observațiunile în acest domeniu au căzut în desuetudine de când medicina modernă a început să studieze maladiile infecțioase și microbii.

Recentele progrese ale fizicei și a nașterei unei științe noui — Fizica globului — permite să se coordoneze diferitele observațiuni clinice și să se evidențieze rolul forțelor fizice simple. Asistăm azi la o muncă sistematică făcută deoparte de către fizicienii meteorologiști, de altă parte de cliniceni luminați. Primii încearcă să stabilească compoziționea chimică și caracterele fizice ale atmosferei terestre, ca și variațiunile lor. Meteoropatologia este deci stabilită pe baze experimentale, fizice și fiziologice.

Autorul studiază mai întâi compoziția și caracterele fiziceale atmosferei trestre ca și amplitudinea variațiunilor normale și accidentale ale acestor caractere.. Rezumează apoi datele înregistrate prin experimentare fiziologică asupra animalelor. Consacră apoi un capitol special studiului acestei minunate puteri regulatoare a organismului care-i permite să-și mențină fixă compoziția chimică și caracterele fizice ale umorilor.

Importanța învățământului universitar obstetrical în realizarea ocrotirii și asistenței materno-infantile

de Dr. L. NISSIM

In expunerea de mai jos, nu vreau nici un moment să depășesc comandamentele științifice, inerente unei probleme atât de serioase, ori să micșorez respectul pe care-l port, cu sinceritate, hotărîrilor autorităților superioare didactice și de guvernământ.

Dar nici nu-mi este îngăduit să învălui, cu mantia comodă a resemnării, o situație incompatibilă cu doctrina care stă la baza ocrotirii și asistenței materno-infantilă.

S'a petrecut însă, în ultimul timp, în învățământul superior obstetrical, un fapt a cărui consecință poate fi slăbirea pregătirii, pe care o doream cât mai completă, a medicilor cari trebuiau să pornească în toate unghiurile țării, pentru ca, pe teren, să realizeze ocrotirea și asistența materno-infantilă.

Faptul este îndeobște cunoscut: cele două catedre de Obstetrică de la Facultatea de Medicină din București au fost unificate și atașate învățământului ginecologic, care își avea independența lui, datorită autorității științifice a conducătorului, în persoana Domnului *Prof. Dr. C. Daniel.*

Când, în 1934, consiliul profesoral al Facultății de Medicină din București a hotărît — cu aprobarea deplină și conștient românească a Domnului *Prof. Dr. N. Gheorghiu* — ca învățământul superior obstetrical să fie condus de doi titulari, guvernul și parlamentul de atunci au primit hotărîrea înaltului for științific ca pe un deziderat strâns legat de un interes național.

Iar argumentele cari atunci au fost hotărîtoare pentru lărgirea învățământului obstetrical superior, prin dedublarea catedrei, sunt tot atât de puternice și pentru vremurile de astăzi și ar trebui să fie cel puțin tot atât de convingătoare.

Și iată de ce:

Cercetând datele statistice și informațiunile demografice din publicațiunile *Institutului Central de Statistică*, de sub conducerea Domnului *Dr. Sabin Manuilă*, găsesc următoarele date, pe cari le-am cules din diferite capitole de statistică și le-am grupat, pentru a ilustra mai bine subiectul meu. Cifrele le-am rotunjit, cu o foarte mică aproximație, micșorându-le, în defavoarea tezei mele, în nici un caz exagerându-le.

Nu aduc nici un fel de comentariu datelor statistice de mai sus, pentrucă reflexul de conștiință, pe care citirea lor îl lasă în mintea fiecăruia, este mai puternic decât acela pe care l-ar provoca interpretarea cea mai adevărată.

Intrebarea logică ce derivă din expunerea faptelor de mai sus este următoarea: cari sunt disciplinele științifice după cari Statul trebue să pregătească pe medicii cari vor avea să lupte, cu o răspundere fără egal, în unghere îndepărtate ale țării?

Aceste discipline științifice sunt: Obstetrica și Puericultura post-natală.

Eu nu am curajul să mă ocup decât de cea d'intâi. Imi dă dreptul la aceasta o credință călită la o școală și într'o instituție unde se perindă întreaga gamă a calvarului pe care-l îndură femeia în puerperalitate.

Obstetrica este baza Puericulturii iar Puericultura intra-uterină pregătește întreaga desfășurare de mai târziu a individului.

Puericultorii cari fac astăzi autoritate în această materie sunt unanimi în a recunoaște valoarea mare pe care Obstetrica o reprezintă în ocrotirea și asistența materno-infantilă.

Doctorul *G. Banu*, atât în lucrarea D-sale «*L'hygiène sociale de l'enfance*» cât și, mai cu deosebire, în lucrarea «*Mari probleme de Medicină socială*», întărește, cu autoritatea D-sale, doctrina științifică, astăzi unanim recunoscută aiurea, că trebue să acordăm

Tabloul Nr. 1

Asistența la naștere

Din 600.000 femei care nasc pe an:

- 320.000 au fost asistate de moașe empirice
- 230.000 au fost asistate de moașe cu diplomă
- 30.000 n'au fost asistate de nimeni
- 13.000 au fost internate în Institute
- 7.000 au fost asistate de medici la domiciliu

Tabloul Nr. 2

Mortalitatea infantilă până la un an

Din 600.000 copii născuți-vii pe an → 120.000 mor anual înainte de a împlini 12 luni:

- 50.000 mor până la o lună
- 50.000 mor dela o lună până la 6 luni
- 20.000 mor de la 6 luni până la 1 an

Tabloul Nr. 3

Mortinatalitatea, mortalitatea copiilor dela 1 până la 4 ani, Decesele prin boli puerperale

Copii născuți-morți	15.000 anual
Copii morți dela 1-4 ani	65.000 anual
Femei moarte prin boli puerperale și la naștere	2.600 anual Cifra aceasta este mult inferioară realității

Tabloul Nr. 4

Excedentul de populație în descreștere

In anul 1936	226.589	adică 11,7 °/₀₀ (la mia de locuitori)
In anul 1937	223.490	adică 11,5 °/₀₀ (la mia de locuitori)
In anul 1938	205.919	adică 10,4 °/₀₀ (la mia de locuitori).

o importanţă deosebită îngrijirilor date femeii gravide, în toate etapele puerperalităţii.

Doctorul *Sabin Manuilă*, în lucrarea D-sale: «*Asistenţa naşterilor în România şi influenţa ei asupra mortalităţii infantile*», afirmă următoarele: «*Mortalitatea infantilă şi maternă din ţara noastră este cea mai ridicată din câte se înregistrează astăzi în Europa şi se datoreşte, în mare măsură, asistenţei primitive a naşterilor*». Şi, mai departe, tot D-sa spune: «*Mijlocul practic cel mai eficient în reducerea mortalităţii infantile este asistenţa pre-natală*».

Adaug la părerea acestor doi oameni de ştiinţă români şi pe aceea a lui *Abel Lahille* care, în recenta D-sale lucrare: «*Questions d'actualité démographiques, médico-sociales et sociales*», afirmă: «*Viaţa copiilor îndată după naştere este legată de bunele condiţiuni ale gestaţiei şi ale naşterii*».

Mi-am făcut datoria şi plăcerea de a face aceste citaţiuni, pentruca să dovedesc încă odată — dacă mai era nevoie — că, atunci când pornim pe drumul atât de spinos al ocrotirii şi asistenţei materno-infantile, trebue să pornim cu pasul întâi. Şi acela este Obstetrica.

Traducând pe teren această operă, avem de constatat adevărul banal că o consultaţiune prenatală nu poate fi condusă decât de un medic obstetrician bine pregătit.

Aforismul lui *Budin* stă încă în picioare: «*Tant vaut le médecin, tant vaut la consultation*».

Iar despre pregătirea medicului obstetrician şi despre valoarea lui în opera de ocrotire şi asistenţă materno-infantilă, *Devraigne* scrie, în ale lui: «*Cliniques obstétricales*», următoarele: «*Medicul conducător al unei consultaţiuni de femei gravide trebue, în primul rând, să facă* **operă obstetricală**, *fiindcă este vorba să supraveghieze desvoltarea oului şi să pregătească naşterea astfel încât să se desfăşoare în cele mai bune condiţiuni de siguranţă, atât pentru mamă cât şi pentru copil*».

Devraigne, atribuind medicului obstetrician o valoare mare în lupta contra morti-natalităţii şi a mortalităţii infantile, spune, în una din lecţiunile sale: «*Medicul obstetrician va fi astfel, ca un corolar, un excelent puericultor, fiindcă el va asigura, în cele mai bune condiţiuni posibile, naşterea unor copii sănătoşi. El va avea, deci, de jucat un rol important în lupta contra morti-natalităţii şi a mortalităţii infantile în ţara noastră, atât de încercată în urma războiului şi mereu săracă de copii!*»

* * *

Cât de bine se încadrează cu aceste postulate ştiinţifice măsura luată de autoritatea noastră superioară sanitară ca:

«*Nouii medici de circumscripţie cari vor fi numiţi de Ministerul Sănătăţii să nu plece la nouile servicii decât după ce vor primi o pregătire temeinică, în raport cu rolul ce vor avea de îndeplinit*».

Acest rol se va desfăşura în mijlocul celei mai acute probleme demografice de la noi:

...«*Trebue să recunoaştem că această importantă problemă, din punct de vedere al realizării ei, ne găseşte pe noi între popoarele cari n'au păşit la nici o realizare. Cu aceste cuvinte ţin să mă adresez domniilor voastre, specialişti, la cari fac apel pentru ca, cu concursul experienţei şi luminii dvs., să mă ajutaţi şi să-mi uşuraţi sarcina pe cât de grea, pe atât de importantă din punct de vedere al viitorului neamului nostru*».

Sunt cuvintele Domnului *General Dr. N. Marinescu*, actualul Ministru al Sănătăţii şi Asistenţei sociale, cuvinte cu cari s'a adresat membrilor «Societăţii de Obstetrică, Ginecologie şi Puericultură», în şedinţa ştiinţifică din seara de 29 Noembrie 1938. Şi au avut aceste cuvinte un răsunet neobişnuit, în auditoriul din acea şedinţă, pentrucă ele îngăduiau tuturor acelora cari au trăit viaţa obstetricală a ultimului pătrar de veac să contribue, cinstit şi hotărît, la combaterea celui mai mare flagel social din România: morti-natalitatea, mortalitatea infantilă şi mortalitatea maternă.

Reproducând cuvintele ministeriale în coloanele «*României Medicale*», nu fac decât să le amplific, pentru ca, auzite de medicii cari au lucrat şi au luptat, pe terenul medico-social, la adâncirea acestei probleme, să-i îndemne să pornească din nou la lucru, cu mulţumirea că, în sfârşit, o energie constructivă va traduce în faptă idealul lor, după un plan adequat nevoilor şi realităţilor noastre.

O astfel de operă nu se poate realiza decât cu oameni perfect pregătiţi şi acest deziderat nu se poate îndeplini decât cu un învăţământ obstetrical superior cât mai larg, cât mai complet şi mai bine utilat.

Nu găsesc că este nimerit să aduc exemple de numărul mare de catedre de Obstetrică, de sine stătătoare, pe cari le găsim în ţărirle cu o evoluţie sanitară mult mai completă decât a noastră, ţări, cari, departe de a micşora independenţa învăţământului obstetrical, au lărgit-o într'o măsură bine compensată de rezultate impresionant de bune.

Nu mă preocupă decât fapte sociale din Ţara noastră.

Cele 600.000 de naşteri anuale cari trebue să aibă o asistenţă medicală şi socială demnă de vremurile în cari trăim, dar mai cu seamă cei 120.000 de copii cari n'ajung la vârsta de un an, femeile cari intră în mormânt în timpul şi din cauza puerperalităţii, aspectul lugubru în care se desfăşoară viaţa puerperală a femeii de la ţară — má îndeamnă să răspund cum se cuvine apelului Domnului Ministru al Sănătăţii şi să afirm că revenirea la situaţia de ieri este de o covârşitoare necesitate pentru interesele superioare ale ţării şi o afirmare în plus a importanţei învăţământului universitar obstetrical în ocrotirea şi asistenţa materno-infantilă.

BIBLIOGRAFII

Oeuvres de Pasteur, réunies par Pasteur Vallery-Radot, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. **Tome VII (et dernier). Mélanges Scientifiques et Littéraires. Table des noms cités — Table chronologique index analytique et synthétique de l'oeuvre de Pasteur.** *Masson et C-ie éditeurs* Un volum (19×28 cm.) de 512 pag. 200 fr.

Acesta este ultimul volum asupra operei lui Pasteur. In el, Pasteur Valery-Radot a reunit paginile literare de cel mai mare interes şi pagini ştiinţifice cari sunt toate aproape, în alt cadru decât cel în care s'au îndreptat cercetările pe cari Pasteur le-a întreprins în mod obişnuit.

Iată lista capitolelor: Comunicări şi note ştiinţifice asupra a diferite subiecte; Rapoarte şi intervenţiuni la Consiliul de higienă; Discursuri, articole, note şi rapoarte relative la învăţământ şi la Şcoala normală superioară; Lecţiuni de fizică şi chimie aplicate la artele frumoase. Pasteur a fost, într'adevăr, câtva timp profesor la Şcoala de bele-arte; Note, articole, discursuri.

Iată şi titlurile celorlalte şase volume:

I. *Dissimetrie moleculară*, 480 pagini cu figuri, 120 fr.

II. *Fermentaţiuni şi generaţiuni zise spontanee*. 668 pagini, cu figuri, 190 franci.

III. *Studii asupra oţetului şi a vinului* 519 p. cu 32 planşe în culori şi 25 gravuri, 190 fr.

IV. *Studii asupra maladiilor gândacilor de mătase*, 762 pag., 11 planşe, 200 franci.

V. *Studii asupra berei*, 376 pag., 85 figuri, 145 fr.

VI. *Maladii virulente, virus-vaccinuri şi profilaxia turbărei*, 918 pagini, 190 franci.

Preţul celor şeapte volume este de 1200 franci.

Analeptic Cardiotonic

CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături — Fiole injectabile — Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

Pentru Calciterapie intensă

GLUCO-CALCIUM „Sapic"

Soluţie stabilă de 10% Gluconat de Calciu pentru injecţii intramusculare şi intravenoase.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

HERBACHOL „Sapic"

CEAIU

Asociaţie de plante medicinale cu acţiune choleretică, cholagogă, antiflogistică şi calmantă

Indicat în:

Cholecistopatii subacute şi cronice, Cholelitiază

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
„SAPIC"
Bucureşti VI, Strada Cazărmei No. 89.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DÎN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă inainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard, Str. S F. Ionica 8, Bucaresti

Epuizări funcționale și stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 și 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, București I.

Drogueria ROYAL
Piața Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
S. A. (Suisse)

Americanii la Asigurările Sociale

de Dr. GH. D. VINTILĂ
Asistent Universitar.

Un grup de 35 Americani, sub conducerea lui Mister. *Scherwood Eddie*, au plecat de pe coastele Floridei şi după străbaterea Pacificului, Japoniei, Chinei şi Rusiei, au sosit în România.

Obiectul acestei peregrinări, nu a fost amuzamentul sau spleen-ul, ci instituirea unei anchete de ordin politico-social economic şi mai ales cunoaşterea standardului de viaţă a muncitorului.

Am spus instituirea unei anchete, fiindcă Americanii, oameni ca toţi oamenii, diferă de noi prin câteva caracteristice.

Conducătorul caravanei, Mstr. *Sherwood Eddie*, este un miliardar, insufleţit de o doctrină anacronică situaţiei sale de bancher, anacronică mai ales cu starea de lucruri din America.

Acest mecena, a subvenţionat întreaga călătorie, luând cu el 35 intelectuali reprezentând toate profesiunile, cu scopul ca ancheta să fie cât mai obiectivă şi interpretată la lumina diferitelor concepţii.

In ziua de 1 August, grupul condus de d. *Zănescu* dela Ministerul Propagandei, a vizitat Casa Medicală No. 1 din B-dul Mihail Ghica.

Pentru cine nu cunoaşte acest aşezământ demn de invidia celor mai îndrăzneţe opere edilitare, este interesant s'o cunoască în câteva linii:

Clădirea este un monument masiv, compus din cinci etaje, în care marmora albă contrastează cu verdele palid liniştitor, într'o armonie plăcută şi plină de optimism sănătos; un edificiu robust care însumează în materie spirituală de forţă şi voinţă al muncitorului.

Intr'adevăr reprezintă nu numai casa de sănătate a celor cari o caută ci şi acoperişul familiar, reacreator al asiguraţilor.

Americanii, la vederea acestei opere de înălţătoare mândrie a poporului român, au avut un moment de ezitare, în a crede sau nu, stăruind să rămână în hall-ul, intimidaţi şi desorientaţi.

Interpretul, amabilul d. *Zănescu*, a descurcat situaţia prin a spune că în Bucureşti, sunt 10 case de asigurări, cari în curând vor urma pilda asemenea celui în care au primit ospitalitatea.

Rând pe rând au fost vizitate toate etajele, toate camerile de consultaţii, laboratorul, farmacia, cari au impresionat prin ţinuta medicilor, curăţenia locului şi mecanismul occidental al efectuărei tratamentelor.

In fine urmează o pauză, în care timp Americanii, şi-au scos blok-notes -urile.

Astfel au aflat:

Avem 8 milioane de asiguraţi, că Instituţia este de sine stătătoare, totul se reduce la un agnajament între patron şi salariat, Ministerul Muncii controlând şi coordonând această învoială; primésc ajutoare de boale, pensii pentru invaliditate, îngrijiri pentru familia asiguratului, sunt trimişi vara în localităţi le de odihnă şi de cură şi se dă o atenţie deosebită ucenicilor. Intr'un cuvânt viaţa muncitorului este pusă la adăpost în faţa inevitabilelor neplăceri profesionale.

Cu acastă ocazie să-mi fie permis a face câteva reflexii pe marginea celor declarate de Sir *Scherwood Eddie:*

«Sunt plăcut impresionat de cele constatate la d-voastră. Vin din Rusia, unde laboratorul de prefaceri sociale este în plină efervescenţă. S'au făcut multe progrese pentru eliberarea omului, totuşi dreptatea socială ideală nu s'a realizat încă, a rămas la poartă.

Prefacerile sociale nu se pot schimba decât în măsura în care spiritul evoluiază şi înţelege această schimbare.

«Acolo», pare totul silit, artificial, plin de convenţionalism, fără convingere şi fără elan, fiindcă le lipseşte motorul vieţii, sufletul.

Meritul d-voastră constă în aceea, că aţi înţeles şi aţi întocmit o stare socială echitabilă, fără zguduiri mari, fără prefaceri ameţitoare, după ritmul în care omul s'a adaptat, eliminând tot ceeace-i nepotrivit şi însuşindu-şi ceeace îi poate fi de folos.

Echitatea socială pentruca să fie vie, trebue să se facă fără constrângere, bazându-se pe natura lucrurilor, pe voinţa oamenilor şi convenţia dintre ei.

Contractul social al lui *Rousseau*, care era bazat pe realitatea omenească — fizică şi morală — şi-a găsit aplicarea justă la d-voastră; a reuşit să împace adevăratul pricipiu al naturei cere este perpetuu cu realitatea instituţiilor omeneşti.

S'a realizat un dogmatism spiritual, frământat din comandamentele intelectuale, prin ideea de Dumnezeu, de bine suprem, cu sistemul de educaţii şi aplicaţii practice în viaţa de toate zilele.

Iată de ce spun, că d-voastră formaţi aci, poarta de intrare a socialismului adevărat, pentrucă idealul este construit pe permanenţă, pe fundamentul moral şi creştin.

Intr'adevăr, în Rusia se caută formulele dreptăţei, la care se va ajunge foarte greu, fiindcă lipsindu-i ideea de criticism, eforturile individuale nu îş pot afirma valoarea decât în măsura permisă de colectivitate; asigurarea nu este la înălţimea satisfacţiilor materiale, omul cu toată munca sa rămâne un decepţionat, un nemulţumit. Lucrul devine o silnicie, iar viaţa pe pragul reunţărei».

Sir *Scherwood Eddie* este un doctrinar şi un realizator. Din cele expuse, se poate afirma aceasta, mai cu seamă, fiindcă ţine ca la sfârşitul călătoriei sale documentare să-şi întocmească un plan de lucru cu aplicare în ţara lui, după cel mai bun sistem de armonie socială.

Ca român, am fost profund impresionat; în câteva clipe am aflat de o posibilitate spirituală şi practică originală şi de aspectul unor prefaceri sociale demne de reţinut.

Pentru asigurările sociale, această vizită, a constituit o reală satisfacţie; este corolarul unei adânci înţelegeri şi a unei practici, ale căror roade au permis ţărei noastre o desvoltare paşnică.

Declaraţia Americanilor este şi va rămâne o pagină de profeţie netăgăduită Asigurărilor Sociale şi o bună răsplată pentru conducătorii ei.

BIBLIOGRAFIE

Les erreurs et les fautes en urologie étude critique et thérapeutique par L. Stromінger. Docent d'Urologie à la Faculté de Médecine de Bucarest. Préface du professeur **Marion**. *Masson et C-ie, Éditeurs* Un volum de 176 pagini. . . . 45 fr.

Pentru a nu comite erori în urologie, ce trebue să facem? Autorul enumără aceste erori posibile şi cauzele lor». «Este un fapt stabilit, scrie el în introducere că erorile sunt mai instructive decât succesele». Această lucrare nu a fost uşor de conceput căci necesită o mare erudiţiune şi o lungă practică urologică, atât de spital cât şi de clientelă.

El consacră diferite capitole raporturilor dintre urologie şi chirurgie, erorilor de semiologie, de diagnostic, de prognostic şi mai ales, de tratament chirurgical. Un capitol special tratează despre erorile radiologice cari sunt mai mari în consecinţe asupra diagnosticului şi tratamentului chirurgical. Fondul subiectului este constituit prin descrierea greşelilor în bolile de rinichi, de basinet, ureter, vezică, ureter şi prostată. Câteva consideraţiuni sunt făcute asupra organelor genitale ale ambelor sexe. Toată atenţiunea autorului este concentrată asupra măsurilor de luat pentru a evita greşelile şi asupra profilaxiei, dacă ne este pemis să ne exprimăm astfel.

Această lucrare este excelentă, scrie profesorul Marion în prefaţa sa. Indemn pe toţi confraţii să-l citească ca mine, căci vor învăţa multe lucruri.

Profesorul Dr. E. I. Mironescu

de Dr. GH. NASTASE

La 22 Iulie 1939, în dimineaţa unei zile de vară, după ce roua se ridicase, iar soarele scălda în lumină Măgura de peste apa Tazlăului din faţa casei lui, profesorul Mironescu s'a sfârşit la vârsta de 56 de ani. O lungă suferinţă cu care toţi din jurul lui ne deprinsesem şi pe care ajunsesem să o credeam ca o stare normală, s'a terminat brusc în plină activitate, în plină aspiraţie a unui om, care ajunsese la vârsta când sbuciumul vieţii se linişteşte. Soarta a vrut ca atunci când viaţa nu mai oferă nici o experienţă, să i-se sfârşească fiinţa, acolo unde văzuse lumina zilei.

Plecat din satul Tazlău a fost unul din cei mai buni elevi ai Liceului Internat din Iaşi. Dotat cu aptitudini literare îl găsim în cenaclul «Vieţii Româneşti» încă din anul 1906. Student al Facultăţii de Medicină din Iaşi devine un alintat al colegilor, prin umorul lui nesecat. Intern prin concurs, vioiu, activ, se impune ca un element de conducere al studenţimei mediciniste şi în calitate de Preşedinte al soc. Studenţilor în Medicină Creştină în 1909 desfăşoară o acţiune «de mase» având ca scop construirea unui local propriu pentru Facultate, creiarea catedrelor de Bacteriologie, Clinica Terapeutică şi Psihiatrie, deziderate care n'au întârziat să se îndeplinească.

Preparator al Clinicei Dermato-Sifiligrafice de la anul 1908 până la 1912 se înscrie în calitate de absolvent al Facultăţii de Medicină din Iaşi, ca student la Facultatea de Medicină din Berlin de unde după 6 luni se întoarce în ţară pentru a-şi lua diploma de Doctor în medicină şi pe care o obţine în 1912. Medic secundar prin concurs al Spitalului Sft. Spiridon din Iaşi, din 1912 până în 1919, ocupă şi funcţia de Asistent al Clinicei Terapeutice, din 1914 până în 1919, în care timp se duce din nou la Berlin pentru studii în specialitate precum şi în disciplina Farmacologiei şi a Terapeuticei experimentale. La 15 Iulie 1919 este numit Medic primar al Secţiei Dermato-Venerice din Chişinău iar la 1 Noembrie 1921 este recomandat Profesor la catedra de Farmacologie dela Facultatea de Medicină din Iaşi, pe care o ilustrează până la 15 Iulie 1923, când se transferă la Clinica Dermato-Sifiligrafică din Iaşi. Aici desăvârşeşte o prodigioasă activitate didactică, ştiinţifică şi socială, în legătură cu specialitatea.

Profesorul Mironescu a ţinut ca disciplina Dermato-Sifiligrafiei să constituiască una din cele mai importante ramuri în ştiinţele medicale, organizând clinica sa, cu năzuinţa să rivalizeze cu cele din străinătate.

Ţinând seamă de importanţa sifilisului, a căutat să dea o cât mai mare extensiune specialităţii, pe care a răspândit-o cu profunziune. A organizat pe lângă Clinica lui cursuri de specializare în Dermato-Sifiligrafie, familiarizând cu această ramură un număr important de medici şi nu a găsit inutil să complecteze cunoştinţele generale ale celorlalte specialităţi, cu studiul bolilor de piele. Profesorul Mironescu a rezervat Medicinei Interne, Obstetricei, Radiologiei, Igienei Şcolare şi Sociale contribuţia pe care o poate da Dermatologia şi Sifiligrafia.

Activitatea ştiinţifică şi socială în legătură cu specialitatea, a fost o preocupare de primul ordin a Profesorului Mironescu. Deşi cu o sănătate şubredă n'a ezitat să difuzeze în masele populare cunoştinţele practice şi măsurile de profilaxie în sifilis. Numeroasele conferinţe ţinute în Iaşi ca şi în diferite oraşe ale Moldovei sunt o dovadă. A căutat ca prin grai şi scris să participe cât mai mult la stăvilirea infecţiei sifilitice ca şi a bolilor venerice care ne macină.

Contribuţia lui la Legea Sanitară din 1932 este cunoscută.

Legat de satul său natal a consacrat pe «omul» Mironescu. A trecut prin viaţă şi s'a ostenit, plecând prea de timpuriu din rândurile noastre. Poate el va fi uitat, opera însă îi va rămânea neperitoare.

BIBLIOGRAFII

Traité de chimie pharmaceutique par le Dr. Reutter. Privat-Docent de l'Université de Genéve. *J.-B. Baillière et Fils Éditeurs.* 1939. 1 volum in 8 (13,5x21) de 664 pagini . . . . . 95 fr.

Chimia farmaceutică luând în zilele noastre o importanţă preponderantă în terapeutică, necesită studii şi cunoştinţe din cele mai întinse, căci are obiectul nu numai de a ne învăţa arta de a prepara diferitele produse utilizate în farmacie ci şi pe acele de a le ordona prin cunoaşterea efectelor fiziologice sau incompatibilităţile lor fără de a vorbi de caracterele fizice, punct de fuziune, solubilitate în apă, alcool, glicerină, uleiuri, etc.

Această lucrare al cărei autor este foarte cunoscut, prin numeroasele sale publicaţiuni, înlătură o lacună şi trebue să existe în orice bibliotecă medicală.

La Puberté, étude clinique et physiopathologique par Guy Laroche, M. Boigey, E, Bompard, A. Desaux, R. Ducroquet, L. de Gennes, A. Hammel, T. Hernando, M Hirsch, J.-A. Huet, H. Lagrange, E. Layani P. le Noir, C Lian, G. Maranon, E. May Meurs-Blatters, Ch. Richet, H. Simonnet H. Welti. *Masson et C-ie, Éditeurs.* Un volum de 349 pagini . . . . . 65 fr.

Pubertatea corespunde intrării în scenă a organelor de reproducere şi ca atare merită un studiu aprofundat. Femeia poartă uneori toată viaţa grija unei menstruaţii rău stabilite; omul conservă semnele indelebile a unei maturaţiuni puberale imperfect realizată.

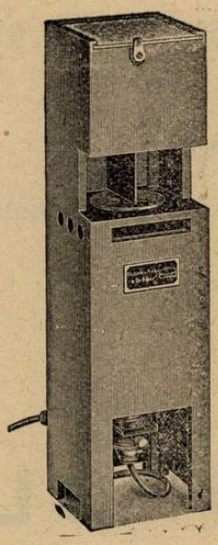
La vârsta pubertăţii, diferenţiarea sexuală se accentuiază, băiatul ca şi fata capătă noţiunea forţelor naturei.

Această rapidă schimbare se opereaza în mod fericit când toate organele se pretează cu uşurinţă nouei lor condiţiuni de funcţionare. Uneori însă, acest echilibru nu se stabileşte uşor, de unde decurg anomalii, disarmonii, chiar unele afecţiuni, de predilecţiune datorite glandelor cu secreţiune internă sau sistemului neuro-vegetativ, sau stării psihice.

Toate aceste disfuncţiuni şi afecţiuni ale complexului pubertăţii au fost tratate de către autori în 20 capitole.

Fiecare capitol conţine excelente prescripţiuni de higienă şi de dietetică, cercetărei celor mai bune medicamente fizioterapice sau chirurgicale cari trebuesc utilizate pentru a combate în mod eficace incidentele uşoare sau afecţiunile serioase ale perioadei puberale.

Această lucrare îşi are locul între tratatele de pediatrie şi cele de patologie internă, stabilind filiaţiunea între maladiile copilăriei şi cele ale vârstei adulte.



Aparat pentru analize globulare

ZEISS

APARATE DE NUMĂRAT GLOBULE DE SÂNGE

CAMERE DE NUMĂRAT, lucrate dintr'o singură bucată.

CAMERA după Brandt.
REŢEAUA foarte clară fără linii triple, cu limitare precisă pentru globule albe şi roşii.
REŢEAUA IN 4 CÂMPURI.

CAMERA după Thoma cu reţea perfecţionată

DIAFRAGME PENTRU CAMER
pentru găsirea rapidă a reţelei.

APARAT PENTRU ANALIZE GLOBULARE după Dr. Pijper pentru cunoaşterea rapidă şi comodă a maladiilor grave de sânge prin comparaţia directă a două frotiuri.

APARAT DE BUZUNAR PENTRU ANALIZE GLOBULARE după Dr. Schalm şi Dr. Schouten pentru medicul practician.

CARL ZEISS - JENA

sau reprezentanţa generală pentru România:
Societatea Anonimă de Agentură, Comision şi Import,
fost OTTO & ALFRED HERZOG, Bucureşti I, Bd. Carol I, 48

Reprezentanţa: **CHIMIROMAN** Bucureşti I, Str. T. G. Masaryk 32.

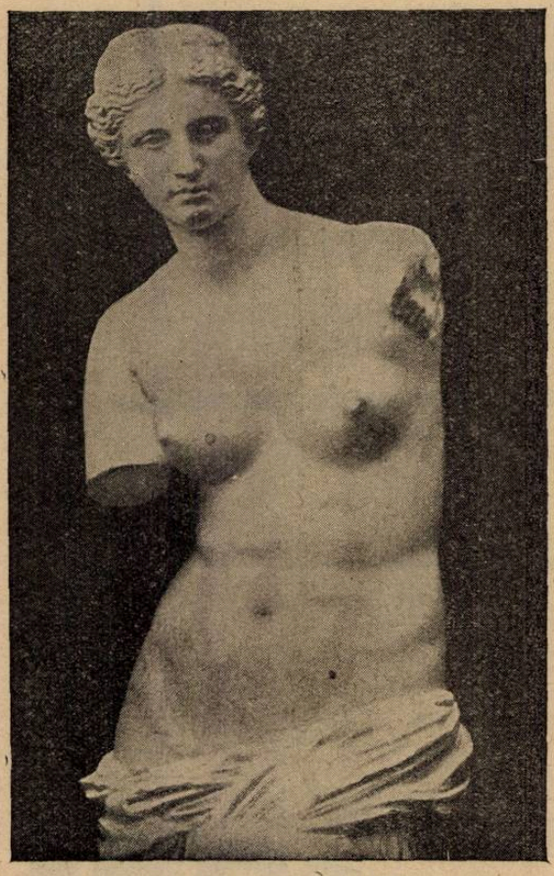
Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „
Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, **insuficienţă thyroidiană,** exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare. Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormona'e din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România
„CENTRA"
Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Învăţământul medical în Occident şi... mai aproape

Nota cu titlul acesta din numărul precedent a provocat în lumea medicală o mare mişcare de interes, manifestată sub diverse forme: complectări la informaţiile noastre, corectări la cele date de noi şi cereri de lămuriri suplimentare. Mulţumind corespondenţilor noştri ocazionali nu putem să ne abţinem să relevăm marele interes pe care publicul nostru cititor, chiar când ocupaţia şi necesităţile vieţei îl ţine departe de centrele universitare, îl poartă învăţământului medical.

Informaţiile date sau cerute nouă sunt de mai multe feluri şi le însemnăm succint aci, rezervându-ne să revenim asupra unora din ele:

1. Ni se comunică numărul facultăţilor de medicină din Statele-Unite şi din Anglia: ar fi respectiv de 96 şi 20.

2. Am omis între facultăţile de medicină din Franţa pe cele dela Valde-Grâce din Paris, dela Alger şi şcoala de medicină dela Clermont-Ferrand. Deasemenea ni se atrage atenţia că în Germania am omis pe cele dela Rostock, Kiel, Tübingen, ceace urcă numărul facultăţilor din această ţară la 26.

3. Proporţia corpului profesoral la numărul de locuitori, în diferitele ţări citate, e greu de stabilit fiindcă ne lipseşte numărul profesorilor de la fiecare facultate. Credem însă că nu e nevoie de aceasta pentru a judeca comparativ ţara noastră. Exemplul Ungariei este destul de concludent. Proporţional noi nu avem azi nici 50% din numărul de profesori universitari din Ungaria. Comparaţia cu Occidentul este desigur şi mai elocventă, întru cât proporţia dintre numărul profesorilor şi al populaţiei este cu mult mai mare de cât la noi.

4. O informaţie de mare interes este proporţia de ore de învăţământ rezervate pentru fiecare disciplină. Se ştie că la noi s'a vorbit de program supraîncărcat, deşi cum arătam în notiţa precedentă Parisul cu 52 de catedre, nu este. Cauza ar fi lipsa de seriare a disciplinelor şi confuzia care s'ar face între «învăţământul» sub aspect ştiinţific sau de specializare care trebue să fie *continuu* pentru toate disciplinele şi ceiace trebue predat studenţilor. Aşa spre exemplu pentru unele discipline un trimestru ar fi suficient. Iată proporţia orelor în învăţământul american.

1. Medicina generală. . . . Neurologie, Pediatrie, Dermatologie	20—26,5%
2 Anatomie cu Embriologia şi Histologia	14—18 5%
3. Chirurgie generală . . . Orthopedie, Urologie, Oftalmologie, Oto-Rino-Laringologie, Roentgenologie	13—17,5%
4. Anatomie patologică, Bacteriologie, Imunologie. .	10—13%
5 Physiologie	4.5—6%
6 Farmacologie	4—5%
7. Obstetrică şi Ginecologie .	4—5%
8. Bio-chimie	3,5—4,5%
9. Higiena	3—4%

Disponibilul între cifra minimă de 76% şi sută la sută este rezervat specialităţilor preferate de fiecare facultate.

5. Când numărul de studenţi este mare, se dedubleză nu numai catedrele cum se face în Europa pentru disciplinele majore, dar chiar facultăţile în întregime. Aşa la Chicago întrun singur spital, St. Luc, ar fi 4 facultăţi de medicină.

6. Selecţionarea corpului profesoral se face peste tot pe baza activităţei ştiinţifice. Chiar în Franţa, cunoscută ca ţară a concursurilor, pentru alegerea profesorilor nu se recurge la concurs. Acesta se opreşte la agregaţie. Ceiace e mai interesant e că, şi contra acestuia se ridică azi în Franţa voci din cele mai autorizate. Între acestea semnalăm pe profesorul Roussy rector al Universităţei Parisului şi fost decan al Facultăţei de Medicină, precum şi pe prof. Hartmann. Spaţiul nu ne permite a cita argumentele acestor noi convertiţi. Recomandăm însă pentru acest din urmă coloana ultimă din pagina 1225 din numărul 63 din Presse Médicale apărut la 9 August curent unde se vorbeşte de superioritatea recrutărei «la vedere».

7. Doi cititori ne trimet articolul d-lui Batzaria din «Universul» care nu ne-a scăpat nici nouă, şi în care se vorbeşte despre spaţiul vital cultural la care avem dreptul să tindem, anume hinterlandul balcanic. Credem şi noi cu corespondenţii noştri ocazionali că, pentru aceasta, trebuie să lăsăm liberă înscrierea la Facultăţi şi că trebuie să întreţinem la Bucureşti cât mai multe specialităţi medicale. Aşa vom putea reîntoarce atenţia centrelor din Balcani asupra Bucureştilor şi vom putea concura Viena. Libertatea de înscriere poate fi absolută pentru studenţii români ca şi pentru cei veniţi din ţările străine, vecine nouă. Bine înţeles că aceştia nu vor avea dreptul de liberă practică în România.

Sugestia trebue reţinută şi studiată. In aşteptare cel puţin facultatea de Medicină din Bucureşti trebue obligată să accepte un număr cât mai mare de studenţi pentru acoperirea nevoilor organizaţiei sanitare a ţărei. Credem însă că această creştere a numărului nu trebuie să se facă cu studii incomplecte.

8. Infine, un corespondent anonim crede că evoluţia fericită a învăţământului medical şi punerea lui în pas cu vremea sau cu stadiul la care a ajuns în ţările vecine, — va fi imposibilă, medicina românească fiind condusă de o generaţie egoistă. Deşi scrisă cu mult talent, scrisoarea pierde din interes prin anonimatul ei. Chiar dacă «şeful şcoalei domniei-sale face parte din generaţia egoistă» reformarea ei supozează pentru generaţia care vine, un curaj care nu se potriveşte cu anonimatul. Chestiunea generaţiilor nu este subversivă. Promovată la noi de însuşi M. S. Regele ea face obiectul de studii şi în alte domenii şi în alte ţări. Ea e acceptată cu bunăvoinţă sau discutată chiar de cei vizaţi. Spunem aceasta cu atât mai uşor cu cât «România Medicală» a publicat în anul acesta două articole privind antagonismul de generaţii care după cât ştim au stârnit interes şi uneori chiar înţelegere în ambele generaţii.

Conferinţa Uniunei internaţionale contra tuberculozei

Se aduce la cunoştinţa persoanelor cari s'au înscris pentru a lua parte la a XI-a Conferinţă a Uniunei Internaţionale contra Tuberculozei din luna Septembrie 1939 la Berlin, că s'au întocmit două excursiuni:

Prima excursiune cu trenul cl. IIa: Berlin — Dresda — Viena — Salzburg; cu autocarul Salzburg — Münich — Nüremberg (cu mic bagaj).

A doua excursiune: cu autocare Berlin — Weimar — Eisenach — Bad Salzungen — Frankfurt pe Main — Darmstadt — Heidelberg — Stuttgart — Ulm — Augsburg — Münich Nüremberg (cu mic bagaj).

Locuinţa în hoteluri de I-a clasă cu mâncare la preţul de 245 R. M. pentru prima excursie şi 235 R. M. pentru a doua.

Aceste sume trebuesc vărsate la timp în Reichsmark sau monedă naţională sau în register marks la Norddeutscher Lloyd — Lloy Reichsbüro, Berlin — Friedenau Rheinstrasse 11, sau direct sau în contul acestei firme la Dresdner Bank, Casa de Depuneri, Berlin — Friedenau, Rheinstrasse 2 3, sau în cont la cec poştal: Berlin 1156.

Ultimul termen de înscriere pentru aceste excursii este la 5 Septmbrie 1939, iar excursiile nu au loc decât în caz de participare suficientă.

Moartea Dr. E. Lucinescu

Medicina şi în special Universitatea şi medicina ieşană, a pierdut de curând pe d-rul E. Lucinescu, o personalitate remarcabilă prin activitatea sa ştiinţifică şi prin talentul său chirurgical.

Luând parte cu tot sufletul la acest doliu al medicinei româneşti, reproducem următoarele rânduri, scrise în ultimul număr al revistei «Insemnări ieşene» de d. Prof. Dr. Gr. T. Popa, decanul Facultăţei de Medicină din Iaşi:

«Unul din cei mai temeinici tineri din gruparea noastră, unul din cei mai împodobiţi cu calităţi, a fost răpit vieţii printr'un accident stupid. Cu două zile mai înainte am pus la cale împreună, noui încercări şi spiritul lui mereu optimist, întrevedea deslegări pline de reuşită. Cu un suflet larg şi cu o minte deschisă, el săvârşea toate câte îi căděau în sarcină entuziast, neostenit şi plin de sinceritate. Il iubeau bolnavii, îl iubeau colegii şi îl iubeau şefii. D-rul Lucinescu era o mare promisiune a ştiinţei româneşti, promisiune care începuse a se realiza strălucit. Activitatea sa a fost prodigioasă. Şef al serviciului de urgenţă la spitalul Sf. Spiridon din Iaşi, şef de lucrări la Institutul de Anatomie, profesor la şcoala de infirmiere, secretar la «Insemnări ieşene», acest om neobosit lucra continuu câte patrusprezece ore pe zi. Interesul pe care-l punea în toate pe câte le atingea, distingea îndată activitatea lui de oricare alta. Blând şi mereu încurajator, prindea uşor tendinţele înalte şi se devota lor fără ezitare. Se bucura ca un copil când îi reuşea o experienţă şi nu se descuraja atunci când nu avea succes. Se consacrase anatomiei şi chirurgiei experimentale, în care începuse lucrări de valoare internaţională. Cercetările sale asupra osteogenezei eterotopice sunt cunoscute în streinătate şi vor rămâne în ştiinţă. Asemeni şi lucrările asupra modificării structurilor funcţionale ale osului prin intervenţii chirurgicale.

A făcut un stagiu de doi ani în clinica celebrului chirurg *G. Leriche*, întâi la Lyon şi pe urmă la Strassbourg, rămânând după aceea în strânsă legătură cu acest maestru, care-l aprecia şi-l simpatiza în chip deosebit.

Ajungând chirurg primar la Spiridonie, a desfăşurat o bogată activitate operatorie, salvând numeroase vieţi şi ataşându-şi un mare număr de suferînzi. Omenia lui cucerea, şi blândeţea stârnea simpatie pretutindeni.

In relaţiile sale cu studenţii, atinsese aproape perfecţiunea; captiva şi stimula. Punea interes de tutor şi ataşament de frate mai mare. Deaceea nu-i de mirare că l'au iubit elevii, cu cea mai sinceră pornire, încurajându-l cu vibrantă prietenie.

De toate obligaţiile s'a achitat onorabil, însemnându-şi trecerea prin viaţă cu manifestări exemplare. Acum evolua spre culme. Era în preajma formărei sale depline, stârnind în noi cele mai legitime aşteptări.

Şi deodată, o răsturnare de maşină a curmat brusc toate nădejdile, împrăştiind durere în toate cercurile din care a făcut parte.

Omul a încetat să mai existe fiziceşte; dar imaginea lui este atât de puternică şi exemplul vieţii sale va fi urmat de atâţia, încât putem spune că *Lucinescu* va mai trăi încă, va trăi în sufletele noastre, din cari amintirea lui nu se va şterge niciodată».

Condiţiunile de admitere la Facultatea de medicină din Bucureşti

Inscrierea pentru învăţământul medical o poate cere titularii unei diplome de bacalaureat.

Posesorul unei diplome străine nu se poate înscrie decât după va fi obţinut, din partea Ministerului Educaţiei Naţionale, echivalarea acesteia cu diploma de bacalureat din ţară.

Inscrierea în anul I se face cu titlul provizoriu — acesta fiind socotit ca un an de experienţă.

Cererile de înscriere se adresează decanului şi se depun la secretariatul Facultăţii. La cerere se anexează: extractul de naştere; certificatul de naţionalitate; certificat de bună purtare; diploma de bacalaureat; consimţimântul părinţilor sau al tutorelui pentru înscriere, în cazul când candidatul nu este major; fişa sanitară întocmită de institutul de igienă al Facultăţii: curiculum vitae (autobiografia) şi adresa exactă din Bucureşti; trei fotografii.

Admiterea în Facultate se face pe baza de concurs (examen de admitere), organizat după cum urmează:

Consiliul Facultăţii deleagă, pentru ţinerea examenului, una sau mai multe comisiuni compuse din câte trei membri, aleşi dintre profesorii agregaţii sau conferenţiarii Facultăţii.

Examenul se va depune din materiile prevăzute în programa analitică a liceului — curs superior — la obiectele: ştiinţele fizico-chimice, zoologia, botanica, anatomia şi fiziologia omului, biologia generală.

Vor fi două probe: o probă scrisă şi una orală.

Proba scrisă se va da asupra unui subiect ales din programa indicată la punctul b. Se acordă două ore de lucru.

La apreciere se ţine seamă atât de cunoştinţele de specialitate cât şi de cele de limba română.

Proba scrisă nu este eliminatorie.

Examinarea orală se face din aceeaşi materie şi obiecte. La apreciere se va ţine seama şi de aptitudinile candidatului pentru specialitate, precum şi de claritatea exprimării sale.

Notarea probelor scrise şi orale se fac cu note numerice dela 1 — 10. Media de admisibilitate este de 6. Cei admişi vor fi însă înscrişi în Facultate numai până la complectarea locurilor vacante.

Se percepe dela fecare candidat o taxă de maximul 100 lei în total.

Premergător examenului de admitere, candidaţii vor fi supuşi la un examen medical. El se va face de către institutul de igienă al Facultăţii, în zilele şi orele stabilite de direcţiune şi este eliminatoriu.

Numărul studenţilor ce vor fi admişi în anul I de studii se stabileşte de către consiliul Facultăţii, la sfârşitul fiecărui an şcolar.

Inscrierile candidaţilor pentru examenul de admitere se fac dela 1 — 15 Octombrie; examenul se ţine între 15 şi 25 Octombrie; înscrierea în Facultate a celor admişi se primeşte dela 25 — 31 Octombrie.

Cererile de înscriere şi Curiculum se fac pe formulare speciale, cari se găsesc la secretariatul Facultăţii în tot timpul înscrierii.

Bursele „George Vlasto" ale Academiei Române pentru medicină

Academia Română va acorda în toamna acestui an două burse de câte 100.000 lei fiecare, sub denumirea de «Bursele George M. Vlasto», pentru specializarea în streinătate în domeniul medicinei şi anume:

1) O bursă de 100.000 lei unui doctor în medicină pentru a face studii speciale în boalele de nutriţie şi în special pelagra:

2) O bursă de 100.000 lei unui doctor în medicină pentru a face studii speciale în problema malariei, biologia şi distribuirea geografică a varietăţilor de anofeles maculipennis.

Bursa va putea fi acordată şi unui naturalist care va face dovada că s'a ocupat de problemele ce fac obiectul bursei.

Bursele se vor acorda prin concurs, care va consta din dovezi asupra activităţii în aceste domenii. Candidaţii vor fi numai doctori în medicină sau în ştiinţele naturale.

Condiţiile amănunţite ale participării la concurs se vor publica ulterior.

CYTO • SERUM - CALCIUM • CORBIÈRE - HEMO • CYTO • SERUM

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris

Exclusivitate Generală pentru România „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ● București I, Str. Sf. Ionică No. 8

LA FURUNCULE

ŞI LA ANTRAX

Tratamentul se bazează pe două principii :

1. Să se menţină regiunea învecinată riguros aseptică :

2. Abcesul să fie adus la coacere prin ajutorul medicaţiunii. Intrebuinţarea de **Antiphlogistine** corespunde în mod ideal, la ambele cerinţe.

Constitue un pansament antiseptic al rănilor, cu proprietăţi calorifice, persistente osmotice şi descongestive.

Este o completare de dorit la terapia prin injecţii sau oricare alta.

ANTIPHLOGISTINE

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YOK. U. S. A.

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, Bucureşti I.

Concursuri de medici secundari la Ministerul Sănătăţii

Se aduce la cunoştinţa generală că în luna Noembrie 1939, vor începe concursurile pentru ocuparea posturilor de medici secundari în specialităţile: chirurgie şi medicină internă, vacante sau ocupate provizoriu la spitalele Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale.

Pentru chirurgie generală şi specialităţile chirurgicale în ziua de Luni 6 Noembrie 1939 ora 9 a. m.

La Bucureşti, în localul Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale cal. Griviţei No. 64—66, pentru 20 de locuri de medici secundari vacante la spitalele din Ţinuturile: Bucegi, Olt, Dunărea de Jos şi Mării.

La Cluj în localul Facultăţii de medicină, pentru 30 de locuri de medici secundari vacante la spitalele din Ţinuturile Mureş, Someş şi Timiş.

La Iaşi, în localul Epitropiei Sft. Spiridon, pentru 14 posturi de medici secundari vacante la spitalele din ţinuturile Nistru, Prut şi Suceava.

Pentru medicina internă specialităţile de medicină internă, la 16 Noembrie 1939, ora 9 a. m.

La Bucureşti în localul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale cal. Griviţei No. 64—66 pentru 21 de locuri de medici secundari, vacante la spitalele din Ţinuturile: Bucegi, Dunărea de Jos, Mării şi Olt.

La Cluj, în localul Facultăţii de medicină pentru 34 locuri de medicină secundari vacante la spitalele din Ţinuturile: Mureş, Someş şi Timiş.

La Iaşi în localul Epitropiei Sft. Spiridon, pentru 15 locuri de medici secundari vacante la spitalele din ţinuturile: Nistru, Prut şi Suceava.

Au drept să se prezinte la acest concurs medicii cari îndeplinesc condiţiunile art. 7 şi 8 regulamentul pentru recrutarea medicilor secundari de spitale, publicate în Monitorul Oficial No. 49 din 27 Februarie 1935.

Condiţiuni speciale.

1. Candidaţii vor dovedi că au o practică de doi ani ca medic.

Sunt scutiţi de această condiţiune preparatorii cu un an de funcţiune şi asistenţii clinicelor universitare, precum şi foştii interni prin concurs, cu stagiul complect al Eforiei Spitalelor Civile ai Aşezămintelor Brâncoveneşti, ai Epitropiei St. Spiridon Iaşi, foştii interni cu concurs din spitalele pendinte de Ministerul Sănătăţii şi foştii interni cu concurs ai asistenţii publice din Franţa.

Concursul constă din următoarele probe:

Pentru grupul chirurgiei şi specialităţile chirurgicale:

o) probă scrisă, compusă din două chestiuni: una din anatomie topografică şi alta din patologie chirurgicală, care se vor redacta în aceiaşi şedinţă.

2. Două probe de clinică de chirurgie.

3. O probă de medicină operatorie.

Pentru grupul medicinei interne şi specialităţile ei:

1. O probă scrisă, constând din două chestiuni: una din patologie medicală şi una din fiziologie normală, care se vor redacta în aceiaşi şedinţă.

2. Două probe clinice de medicină internă.

3. O probă practică de laborator (după chestionar).

Fiecare notă se apreciază cu nota 0—20.

Nota de admisibilitate este de cel puţin 15.

Nota se hotărîşte cu majoritatea membrilor comisiunii.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suta de lei 1000, cu cel puţin 15 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Activitatea Serviciului de Dermato-Sifiligrafie din Spitalul Militar „Regina Elisabeta"

Ultimul număr al revistei Sanitare Militară din 7 Iulie, 1939, este consacrat Dermato-Sifiligrafiei şi oglindeşte activitatea foarte rodnică şi interesantă a serviciului de Dermato-Sifiligrafie din Spitalul Militar «R. E.», condus din 1934 până în prezent de d. medic maior Longhin.

Impreună cu câtiva colaboratori devotaţi, medicii secundari ai serviciului, doctorul Longhin, ne pune în faţa unei activităţi de spital, în care impresionează nu numai numărul foarte ridicat al bolnavilor internaţi şi trataţi, dar şi diversitatea cazurilor şi mai ales eforturile terapeutice pe care disciplina dermato-sifiligrafiei le încearcă la fiecare pas.

Serviciul este bine organizat şi complet dotat. Un laborator de bacteriologie, micologie şi anatomie patologică, o secţie de fizioterapie (Röntgen, ultra-scurte, diatermo-coagulare, pantostat, etc.), permit continuarea unui program, în mare parte îmbogăţit.

Printr'o adaptare la o dermatologie biologică (studiu şi tratament), prin preocupări de ordin social în combaterea boalelor venerice, rezultatele s'au ameliorat sensibil; ele cinstesc în chip strălucit instituţia în care activează d-rul Longhin.

Gruparea cazurilor în numeroase tabele şi grafice, cari formează tot atâtea capitole în cari se desbat probleme ca favusul în România, sifilisul şi protecţia în armată, dermatozele cu virusuri filtrabile definite sau încă nedefinite, dermatozele artificiale, ori altele în raport cu turburări umorale, glande, etc., la cari se adaugă un memoriu de lucrările ştiinţifice din ultimii 5 ani (două teze şi 51 articole originale şi comunicări) închee prima parte a revistei.

In partea a II-a, d-rul Longhin a ţinut să ne prezinte cu d-torii Teodosiu, Ivancea şi Bucşa, o serie de cinci lucrări, din care 3 inedite. Imposibil a le rezuma aici, ţinem să subliniem că lucrările se bucură de cea mai originală observaţie şi probitate ştiinţifică. Semnalăm vederile originale ale autorului asupra psoriazisului — ca afecţiune alergică de natură tuberculoasă (argumente biologice, terapeutice şi istologice), rezultatele remarcabile ale piretoterapiei, preconizată de autor în tratamentul ulcerelor cronice ale gambei, precum şi fapte nu de mai mică importanţă ca: serodiagnosticul sifilisului în lichidul de bulă ca mijloc de diagnostic în cazurile cu serologie negativă.

Cu acest spirit activ şi metodic, d-rul Longhin, specializat în clinicile din străinătate, şef de laborator al Institutului Cantacuzino şi colaborator apropiat al d-lui dr. prof. Ionescu-Mihăeşti, cu care s'a ocupat în mod deosebit de limfo-granulomatoză, dovedeşte o pregătire temeinică în disciplina dermatologică.

Pentru clarificarea situaţiei militare a medicilor din Capitală

Direcţia serviciului sanitar din Capitală face cunoscut tuturor medicilor şi farmaciştilor din raza municipiului Bucureşti, cari nu au primit până în prezent un ordin de mobilizare dela unitatea căreia aparţin, emis după data de 12 Mai 1939, sau un ordin de mobilizare pe loc, pentru lucru, să se prezinte de urgenţă cel mai neîntârziat până la 27 August, la direcţia sanitară a municipiului Bucureşti, din calea Plevnei nr. 19—21, etajul III «Biroul mobilizării» între orele 18—13 şi 16—9, spre a-şi clarifica situaţia lor militară.

Toţi acei ce nu se vor prezenta până la acea dată, rămân personal responsabili în faţa legilor militare, conform instrucţiunilor no. 700/939, primite cu ordinul no. 720 din 3 Iunie şi no. 1580 din 18 August al ministerului sănătăţii şi asistenţii sociale, dire ţia mobilizării, O. N. T. şi A. P.

Cursuri internaţionale de perfecţionare medicală la Berlin

Academia Berlineză de perfecţionare medicală organizează, în toamna anului 1939, următoarele cursuri de perfecţionare medicală:

1. Cursuri de perfecţionare în ortopedie (dela 11 la 16 Septembrie). Inscrierea 50 Rm.

2. Lecţiuni asupra tuberculozei (dela 22 la 27 Septembrie). Inscrierea 50 — resp. 25 Rm.

3. Cursuri de perfecţionare în afecţiunile cardio-vasculare (dela 2—7 Octombrie). Inscrierea 50 Rm.

4. Influenţa timpului, anotimpurilor şi altor factori asemănători asupra omului sănătos şi bolnav (dela 9 — 14 Octombrie). Inscrierea 50 Rm.

5. Bolile pielei şi bolile venerice cu consideraţiuni asupra cosmeticei (dela 9 — 14 Octombrie). Iscrierea 75 Rm.

6. Importanţa radiologiei în medicina internă (dela 16 — 21 Octombrie). Inscrierea 60 Rm.

7. Chirurgia maladiilor intratoracice, cu consideraţiuni speciale asupra tuberculozei pulmonare (dela 16—19 Octombrie). Inscrierea 80 Rm..

8. Săptămână de perfecţionare în obstetrică şi ginecologie (dela 23 la 28 Octombrie). Inscrierea 50 Rm.

9. Cursuri de perfecţionare pentru oto-rino-laringologi (dela 25 Sept. la 7 Octombrie). Iscrierea 150 — resp. 100 Rm.

10. Cursuri propedeutice resp. de specializare în Homeopatie (dela 9 la 28 Octombrie).

11. Cursuri speciale în toate domeniile medicinei cu facultatea de examen la patul bolnavului sau în laborator, cari au loc la fiecare trei luni.

Pentru cursuri d-nii medici sunt rugaţi a aduce dinainte la cunoştinţă dorinţele lor, pentru a putea întocmi un program precis până la venirea lor.

Cursurile sus amintite, sub No. 1 — 10 se vor preda în limba germană, cursurile speciale se vor putea preda în alte limbi.

Programe şi informaţiuni detaliate se pot cere la secretariatul dela Berliner Akademie für aerztliche Fortbildung, Berlin NW 7, Robert Koch Platz 7 (Kaiserin Friedrich Haus).

Medicii străini precum şi medicii germani cari locuesc în streinătate, beneficiază de o reducere de 60 la sută asupra tarifului de cale ferată germană.

Servindu-se de mărci blocate (Registermark), medicii străini vor putea reduce în mod considerabil cheltuelile lor de şedere în Germania. In scopul acesta li se recomandă a se pune, înnainte de plecare, în legătură cu o bancă din ţara lor.

Programul de activitate al Ligei naţionale contra tuberculozei

Iată câteva puncte mai importante din programul de activitate al Ligii naţionale contra tuberculozei, pentru acest an:

Continuarea construcţiei sanatoriilor Bugaz, Moroeni, Vorniceni, Dobriţa, Baloteşti şi Reşiţa, — spre a se putea da în folosinţa bolnavilor, în anul 1939 — 40 încă 1.000 paturi.

Subvenţionarea ministerului apărării naţionale, cu 6 milioane lei, pentru construirea unui sanatoriu militar.

Subvenţionarea cu o sumă importantă a preparării vaccinului B. C. G., la institutul Cantacuzino.

Acordarea de burse pentru specializarea unor medici în streinătate.

Continuarea întreţinerii sanatoriilor proprietatea ligii, acordându-se gratuit 50 la sută din locuri la sanatoriul Bugaz şi încasându-se preţul de cost al întreţinerii, la celelalte.

Organizarea de colonii pentru copiii debili, la Giuvala, Brebu, Nedelea, etc.

Ajutorarea organizaţiilor serviciului social, pentru formarea de colonii la Bugaz, pe timp de vară.

Continuarea formării echipelor pentru cercetarea tuberculozei, printre elevii de şcoli primare, secundare, superioare, precum şi printre lucrătorii din ateliere şi fabrici.

Continuarea examinării gratuite a funcţionarilor publici, în special la dispensarul central din b-dul Ferdinand 35, şi prin anchetele sociale la domiciliu.

Continuarea dpistării tuberculozei la domiciliu, în comunele rurale, cu cele 8 camionete de radiologie.

Infiinţarea unui laborator de anatomie patologică, pentru instruirea medicilor de specialitate.

Propaganda este prevăzută în program a se face prin conferinţe la radio, broşuri, pancarte murale, etc. In vederea documentării conferinţelor ce se ţin actualmente muncitorilor, s'a hotărît a se înfiinţa un muzeu de tablouri şi mulagii.

Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţii.

Prin decretul regal Nr. 2.684 din 4 Iulie 1939, se face următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisiunea administrativă, ce funcţionează pe lângă acest minister, prin procesul-verbal Nr. 33 din şedinţa dela 30 Iunie 1939, şi anume:

D. dr. H. Aubert, se numeşte definitiv în postul de medic cardiolog la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, în baza art. 203 din legea sanitară şi de ocrotire.

D. dr. Teodoru P. Gh., medic primar otorinolaringolog definitiv la ambulatorul policlinic din Sibiu, se transferă definitiv în postul de medic al secţiei de otorinolaringologie dela spitalul central din Chişinău.

D. dr. Glăvan Ioan, medic primar oculist definitiv la spitalul din Oradea, se transferă definitiv în postul de medic oculist la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.

D. dr. Blinov Anatole, medic cu concurs de specialitate se numeşte definitiv în postul de medic primar la spitalul Costiugeni, jud. Lăpuşna.

D. dr. Alexandru Ionescu, medic definitiv al circ. Uda-de-Jos, jud. Argeş, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Buzoeşti, acelaşi judeţ.

D. dr. Küttel Louis, medic definitiv al circ. Jara II (Băişoara), jud. Turda, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al cic. Magina, jud. Alba.

D. dr. Ernest Wachsman, actual medic de laborator la Laboratorul de igienă din Sibiu, se transferă, conform hotărîrii justiţiei, în postul de medic şef de laborator, definitiv, la Laboratorul de igienă din Cetatea Albă.

Medicii sanitari stagiari, pe bază de examen de capacitate, mai jos menţionaţi, care au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează:

D. dr. Vasile Cristea la circ. Sepreuş, jud. Arad.

D. dr. Grig. Stoenescu la circ. Bogda, jud. Timiş.

D. dr. Vasile Bugneriu la circ. Domaşnea, jud. Severin.

D. dr. Mihail Bârlădeanu se confirmă definitiv în postul de medic asistent bacteriolog la laboratorul de igienă Galaţi.

*

S'a făcut următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de ministerul sănătăţii:

D. dr. Cădere Nicola, actual administrator definitiv al Casei Sănătăţii, fost inspector general sanitar central, se transferă, după cerere, definitiv, în postul de inspector general sanitar central.

D. dr. Ignătescu Nicolae, actual director clasa I (medic), definitiv în direcţiunea bunurilor, se transferă, în interes de serviciu, definitiv, administrator al Casei Sănătăţii.

D. dr. Puşcariu Octavian, actual medic primar al jud. Rădăuţi, se transferă definitiv, în interes de serviciu, ca director clasa I la direcţia serviciului sanitar al porturilor, cu sediul în oraşul Sulina.

ÎN ROMÂNIA SE GĂSEŞTE DIN NOU!

APLONA

ANTIDIAREICUL neîntrecut în toate afecţiunile diareice la copii şi adulţi

Efect sigur şi rapid - Gust plăcut

— Conţinutul bogat în calorii, menţine rezistenţa —

Preparat: „RHENANIA“

Depozitar: „PHARMAG“ S. A. BRAŞOV, Str. Regina Maria 18.

STREPTOCOCCII

TRATAMENT PREVENTIV ŞI CURATIV

MENINGOCOCCII

PNEUMOCOCCII

GONOCOCCII

INFECŢIUNI URINARE

SEPTOPLIX

1162 F

p-amino fenilsulfamid

Admis pentru prescripţie

în Spitalele Asistenţei Publice Franceze, în Serviciile Sanitare ale Ministerului de Răsboi Francez,

şi

adoptat de Ministerul Sănătăţii Publice Francez.

PARIS-7e

THÉRAPLIX

Propagande medicale: „THERAPLIX“ . Ion G. Duca 19, Bucureşti III

NOTE TERAPEUTICE

Noutăţi importante din literatura străină

Vindecarea unui caz de septicemie streptococică, prin terapia cu Prontosil.

A. Roth
Spitalul policlinic, Hagen
Dtsch. med. Wschr. 1935 Nr. 43, pag. 1734

La o femeie de 37 ani se ivesc dureri de gât, turburări de deglutiţie şi febră. Cu toate că durerile şi turburările de deglutiţie au regresat, totuşi febra s'a urcat la 39—40°. Urina prezenta 12% albumină. In acelaş timp s'a constatat matitate la nivelul lobului pulmonar inferior. Cu ocazia punctiei s'a găsit un exudat seros, în care s'au evidenţiat streptococi. In baza acestora s'a presupus o septicemie streptococică pornind dela o anginâ.

Pentru suprimarea ei se administrează de cele mai dese ori dimineaţa şi seara câte 5 cmc. Prontosil intravenos, 1×15 cmc.. După 6 zile temperatura scăzu sub 39°, iar starea generală se ameliorâ în acelaş timp, în urma administrării de Prontosil. După o medicaţiune de alte 6 zile cu Prontosil, temperatura a rămas la peste 38°. După alte 14 zile, în care pacienta primea aproape zilnic câte 5 cmc., temperatura a revenit la normal, tabloul urinar se apropie deasemenea de normal. Pacienta e în convalescenţă. Fenomene secundare nu s'au manifestat nici la rinichi şi nici chiar după doze zilnice de 15 cmc. In schimb s'a înregistrat la alţi bolnavi, cari primeau Prontosilul în acelaş timp per os şi intravenos, o scădere a poftei de mâncare.

* * *

Clinica oto-rino-laringologică. Despre tratamentul cu Prontosil în afecţiunile septice ale căilor respiratorii superioare.

T. V. Bajkay
Fortschr. Ther. 1938, Nr. 6, pag. 312

Intrebuinţat din timp în afecţiunile septice ale căilor respiratorii superioare şi în erisipel, Prontosilul a dat rezultate bune. Administrarea intramusculară oferă deseori rezultate mai rapide decât cea bucală. Dar tabletele de Prontosil rubrum aveau un efect mai persistent. La doi bolnavi cu edem al laringelui autorul aplică pe lângă pungi cu ghiaţă, zilnic 3 — 4 tablete de Prontosil; după 4 zile de defervescenţă şi dispariţia edemului, doi bolnavi cu flegmoane laringiene primeau după ce trachectomia deveni necesară. câte 2 — 3 tablete de Prontosil. Primul bolnav a scăpat cu temperatură în a 4-a zi, al doilea fu tratat abia în a 10-a zi de boală, cu Prontosil, excitante etc. El muri de insuficienţă cardiacă. La un bolnav cu periamigdalită flegmonoasă şi edem al laringelui se ivi temperatură înaltă după trachectomie; bolnavul primi timp de 10 zile câte o fiolă de Prontosil, la un alt caz amigdalectomia şi tabletele de Prontosil au ameliorat starea gravă a pacientului. Injecţiile resp. tabletele de Prontosil (după o incizie a abcesului) au făcut să dispară infiltraţiunile şi edemul laringian la două femei cu periamigdalită. La un bărbat de 70 de ani cu flegmon retrolaringian şi edem laringian, Prontosilul a făcut ca temperatura să revie la normal (3×2 tabl.) în timp de 4 zile, iar la o femeie de 61 ani, care primi 3×1 tablete pe zi, în timp de 8 zile, după ce li s'a făcut la început câte o incizie. După deschiderea unui abces limfatic, s'a produs o tumefiere puternică şi dureroasă a feţii. Ameliorarea s'a vădit chiar după prima tabletă de Prontosil. La 2 bolnavi de erisipel Prontosilul a produs în puţine zile vindecarea; unuia i s'a dat câte 1 fiolă pe zi, altuia 3×2 tablete Prontosil. După *Scherber* (Wien. med. Wschr. 1935), se va întrebuinţa la nevoe, în erisipel, Prontosil şi Omnadin, în acelaş timp. Din experienţa lui Bajkaj reese, la fel ca şi din literatura generală, că rezultatele sunt cu atât mai bune, cu cât Prontosilul e întrebuinţat mai din vreme.

* * *

Uliron în tratamentul blenoragiei acute şi subacute la femei.

H. D. Müller
Clinica Ginecologică, Kiel
Dtsch. med. Wschr. Nr. 50 pag. 1798.

Autorul a tratat în total 62 femei bolnave, administrându-le Uliron. 36 din aceste femei sufereau de blenoragie, 9 de anexită, care fără îndoială se află în legătură cu o blenoragie mai veche, şi 17 anexite, etc. care n'au putut fi atribuite cu siguranţă gonococului. După doze la început pera mari, Müller a obţinut mai târziu rezultate bune cu 2-3 atacuri de câte 12 gr. Uliron, intercalând o pauză de 7 — 11 zile.

La apariţia unor fenomene secundare se încetează imediat administrarea Ulironului, administrându-se glucoză, resp. calciu, încercându-se a se accelera eliminarea Ulironului prin sudaţii şi laxative. Dintre cele 36 blenoragice, au fost vindecate 31, 26 dintre ele au fost negative chiar după primul atac. Intre persoanele vindecate cu Uliron sunt două care prezintă o pelvioperitonită gonococică gravă şi una cu peritonită gonococică acută. In examenul ulterior frotiurile şi controlurile complimentare au rămas întotdeauna negative. In urma terapiei antiblenoragice, regresează deasemenea condilomele. Cele mai multe dintre femei au fost concediate abia după 20 de frotiuri negative.

Despre influenţa acidului ascorbic asupra desvoltării copiilor născuţi prematuri

K. Jaroschka, Spitalul Teplitz-Schönau
Münch. Med. Wschr.

Naşterile premature se observă de cele mai multe ori primăvara, din Martie până în Mai. Hipovitaminoza C la mamă favorizează pesemne naşterea prematură. La mamale prematurilor autorul a putut constata chiar o hipovitaminoză C, aproape întotdeauna.

Pentru a determina curând o desvoltare mai favorabilă a prematurilor, Jaroschka a administrat tuturor prematurilor sub 2000 gr. vitamina C în cantităţi mari, sau mamelor, sub formă de injecţii pentru a înavuţii laptele de mamă cu C. In felul acesta din 12 prematuri 11 au rămas în viaţă; mortalitatea era deci cu 8% mai redusă decât odinioară (42%). Vitamina C a fost administrată copiilor per os sau subcutanat; modul din urmă părea că are un efect mai bun decât administrarea bucală. Mamele primeau, în hipovitaminoză vitamina C (Cantan) pe cale intravenoasă; sugarii se desvoltau bine datorită laptelui de mamă.

Prima administrare de C s'a făcut unor gemeni, în greutate de 1990 şi 1280 la naştere. Din cauza eclampsiei mamei, copii au fost născuţi prin cezariană; copilul mai greu se desvoltă la început binişor, în timp ce copilul slab refuză alimentaţia. Scurt timp după aceasta şi copilul al doilea. Amândoi au fost apoi supuşi unui tratament de 3 zile. Cantan subcutanat, apoi în hrană, zilnic câte 0,025 gr. C. Doza zilnică a fost de 0.50 gr. Chiar în a doua zi starea lor se ameliorâ. Mama primea deasemenea 100 mgr. pe zi.

La sugarul cu greutatea subnormală a mai fost necesară o operaţie pentru hernie inguinală încarcerată, dar şi aceasta a fost suportată. Jaroschka a rămas cu impresia că vitamina C (Cantan) a avut un efect salvator. Salvarea unui alt copil, cu pneumonie care se ivise în a 16-a zi de viaţă, se datoreşte deasemenea vitaminei C. deasemenea s'a observat o ameliorare la un al 3-lea copil (la naştere greutatea 1770), după prima doză de Cantan. Şi la alţi copii (1200—2000 gr.) efectul vitaminei C a fost surprinzător. In orice caz mortalitatea prematurilor poate fi considerabil redusă prin vitamina C.

**Domnii medici pot obţine specimene şi literatură asupra acestor preparate adresându-se la: «*Romigefa*» *S. A. R. Buc. Str. Brezoianu 53 Tel. 3.92.85.*

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

In enteritele acute, colita muco-membranoasă, prescrieți

MAGNOCARBON

TABLETE

Magnozon — Cărbune medicinal — Extract de Belladonna

Ușor laxativ antiseptic și antispasmodic.

Combinațiune ideală de cărbune medicinal cu extract de sena

CARBOLAX

TABLETE

Laxativ ușor cu efect sigur.

Neplăcerile verii:

diarea, intoxicațiunile alimentare, disenteria, enteritele acute le combateți cu succes prin:

TANNOCARBON

TABLETE

Antiseptic — Astringent

TERAPIA DERMATOZELOR

Diversele etiologii ale dermatozelor ne-au determinat să creăm o serie de pomezi, fiecare având indicaţiuni bine determinate

SEDOTYOL **Pomadă calmantă**	Se aplică într'un strat gros fricţionându-se uşor	**DERMATOZE** **Pruriginoase** Leziuni cutanate dureroase-prurituri
INOSEPTA **Pomadă antipiogenă**	Când leziunea este deschisă, se aplică pomada de 2—3 ori pe zi fără a mai fricţiona.	**DERMATOZE** **Supurate** Furunculoze-favus impetigo-abcese
INOTYOL **Pomadă antiflogistică şi cicatrizantă**	Se aplică pomada într'un strat gros acoperindu-se cu un pansament	**DERMATOZE** **Neinfectate** Ulceraţiuni, arsuri, iritaţiuni cutanate
SILIPLASTINE **Pastă absorbantă**	Se aplică într'un strat subţire. Nu păteză rufăria. Nu este unsuroasă. Se şterge uşor numai cu apă.	**DERMATITE** **Umede sau iritabile** Eczeme umede = inter = trigo = dermatite acute
CUTIGENOL **Pomadă cicatrizantă**	Se aplică pomada acoperindu-se cu un pansament.	**LEZIUNI** **Cutanate** Arsuri - ulceraţiuni atone, dermatoze cronice plăgi-turburări trofice cutanate

LABORATOIRES DU Dr. DEBAT – PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei BUCUREŞTI III Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 18 — 10 Lei Exemplarul — 15 Septembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239,43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. D. ZAMFIR şi Dr. A. CÂRSTEA: *Actinomicoza broncho - pulmonară acută* 233

Dr. TR. I. MARINESCU - CRAIOVA: *Electrogalvanismul bucal* . . . 235

PROBLEME DE ORGANIZARE ALE INVĂŢĂMÂNTULUI MEDICAL

Profesor Dr. P. TOMESCU: *Limitarea numărului de studenţi admişi în Facultăţile de medicină mai poate continua?* 242

Pagina

MEDICINA RURALĂ

Dr. ZAHARIA MILOTINOV: *Tratamentul medical în mediul rural* . . 241

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Catalogul colecţiei de culturi microbiene a Institutului Cantacuzino; Balneologia Românească 243

Al III-lea Congres Internaţional de Gastro-Enterologie; O lucrare de propagandă sanitară; Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţii. 244

Pagina

NECROLOGIE

† Dr. C. Vasiliu-Iaşi, necrolog scris de Dr. Teodorescu, Inspector general sanitar 244

BIBLIOGRAFII

Noţiuni de Laringologie clinică, de *Prof. Dr. G. Buzoianu* Directorul Clinicei O. R. L. de la Facultatea de Medicină din Cluj. Un volum de 368 pagini. Tipografia «Cartea Românească», Cluj.

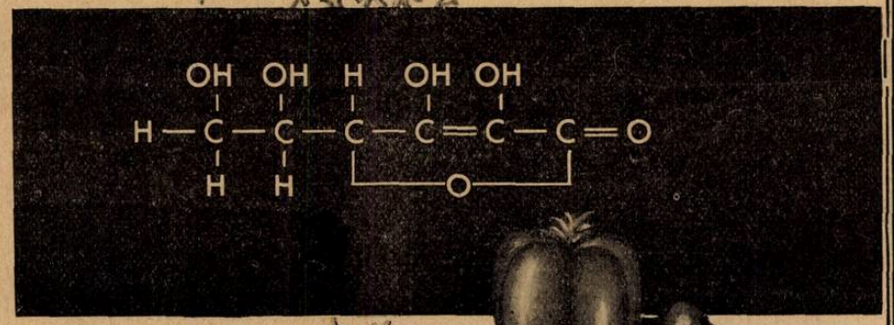
Cum tratăm azi epilepsia, de Docent Dr. *D. Grigorescu*, Dr. *Sergiu Axente* şi Intern *Vivi Constantinescu*, Editura Bucovina—Bucureşti. Preţul vol. lei 100.

Les hépatites, par *Maurice Loever*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

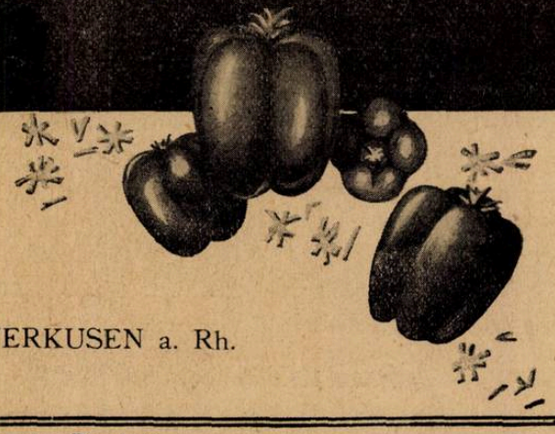
Cantan

Vitamina C »Bayer«

In toate bolile infecţioase,
hemoragii parenchimatoase,
hiperemeză gravidelor,
Paradentoze,
Oboseală primăvăratecă,
Hemofilie.



In cazuri grave: Cantan-»forte«



»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.85; Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor No. 18 Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină bruta
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

In tusea afecţiunilor, laringiene, pulmonare şi bronchice, dureri de deglutiţie din anghine acute, procese ulcerative ale faringelui şi laringelui, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii superioare

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Aethylamidobenzoic 0,03, Fenacetină 0,08, Thimol, menthol, ol. Eucalipt àà 0,015, sachar. alb ad 1 gr. —

Adulţi 6—8 pastile pe zi, copii mai puţin după vârstă. Pastila se suge **încet**, până la terminare. Tub orig. a 25 pastile

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, Na. phenilaethylbarbituric Na. benzoic, etc.

Adulţi: 3—4 linguri, copii 3—4 linguriţe pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofosfat de Ca. Extr. Kola, strichnin, vin malaga.

Adulţi 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăţi, etc.

NOU

CEREBROL

Calcium. Brom. Analgesină. Valeriană desodorată, Na. phenilaethylbarbituric. 1/2 gr. brom pe linguriţă.

Doza: 3 linguriţe pe zi sau după caz, în puţină apă sacharată.

gust agreabil.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg

Amine ale acidului izovalerianic.

De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.

Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

GUŞE şi BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.

Injecţiuni subcutane

rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.

Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.

1 Fiolă la 2—3 zile.

Laxativ şi Purgativ

— Substanţe pur vegetale —

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.

Nu produc obişnuinţă.

Doza laxativă: 1 pastilă seara.

Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.

Cutii orig. a 80 drageuri.

Repr. I. Zelţer — Bucureşti Str. Profetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele En-gros de medicamente

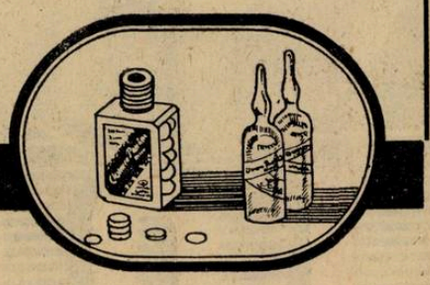
Ovarium „Henning" Panhormon

Hormon folicular + Extract total

în fiole și drageuri de 100, 1000, 10.000 și 50.000 ME

*

Preparat de hormon ovarian obținut pe cale naturală. Conține în afară de hormonul folicular toate substanțele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare și activante precum și ca factori simulanți ai metabolismului.



Eftin și Activ

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

POMADA

ANALGEZIC-CICATRIZANT

PLĂGI • ARSURI
IRITAȚIUNI CUTANATE • ULCERE

Pastă de Ol. Jecoris cu ZnO. și Talc

TUB MIC, MARE ȘI CUTII 1/4 Kg.

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ OXID DE ZINC ȘI TALC

ARSURI INTINSE
PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANȚĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELITE

Se întinde ca pansament în strat gros sau se toarnă direct în cavitate

TUB 40 g., 100 g. ȘI CUTII 1/2 Kgr.

PUDRA

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ PE BAZĂ DE OL. JECORIS ABSOARBE SECREȚIUNILE

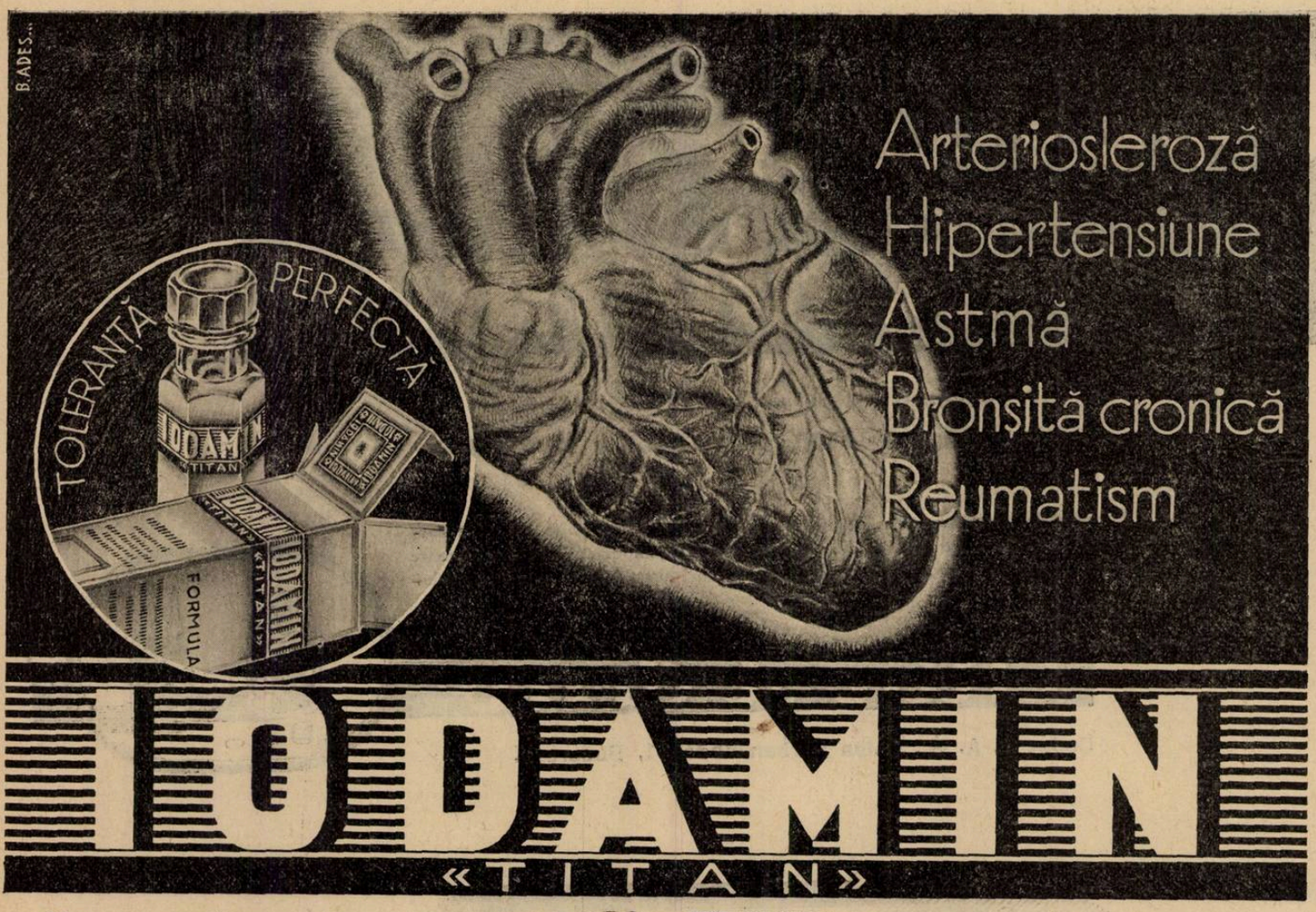
IRITAȚIUNI
SUPERFICIALE
TRANSPIRAȚIE
TOALETA
SUGARILOR

CUTII METAL MICI ȘI MARI ȘI PLIC. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.



IODAMIN

«TITAN»

Repr. generală pentru România: „S. I. F." S. A. R. București, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

Rivanol

Antisepticul chimioterapeutic

pentru antisepsia profundă și superficială a plăgilor.
Contra tuturor cocilor supurativi.

Rivanol în substanță, tablete și pudră 2 ½ %.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei de Asigurări Sociale din România.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. București I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-85. Sucursala: Cluj, Calea Moților 18. Tel.: 37-22.

Anul XVII. No. 18 | 10 Lei Exemplarul | 15 Septembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

ACTINOMICOZA BRONCHO-PULMONARA ACUTA

de Dr. D. ZAMFIR și Dr. A. CÂRSTEA

Localizările pulmonare ale diferitelor forme de ciuperci, cunoscute sub numele de *mycoze* sunt descrise de mult. Frecvența lor este însă extrem de mică în raport cu răspândirea acestor ciuperci.

Davine a văzut grăunții galbeni la 1850, iar *Rivolta* le-a bănuit parazitismul. *Perroncita* a stabilit că sunt criptogene.

In literatura medicală continuă să apară publicații sporadice sau mici statistici, cari au rostul să ne atragă atențiunea asupra acestor localizări și să precizeze cât mai mult tabloul lor clinic.

Din punct de vedere etiologic cele mai dese manifestări pulmonare sunt datorite fie lui Actinomyces bovis, fie lui Cohnistretothrix sau Actinomyces Israeli *(Krause* 1896). Amândouă fac parte dintre hiphomicetele microsifonate. *Archibald* și *Chalmers*, după culoarea grăunțelor, admit:

a) Actinomicoze cu grăunțe negre (foarte rău cunoscute).

b) Actinomicoze cu grăunțe galbene.

c) Actinomicoze cu grăunțe roșii (singur mycetomul datorit lui *Apelletieri (Laveran 1906)* a fost întâlnit în pulmoni).

Cele două forme de actinomicoze — *bovis* și a lui *Israeli* — fac parte din grupul celor cu grăunțe galbene, de altfel cele mai frecvente. Ele au multe caractere comune. Miceliul este foarte fin (0,6 — 1μ cu ramificații laterale. Conținutul este omogen și uneori fragmentat. Sporii apar în ramurile miceliene, prin topirea acestora (artrospori). Rezistența sporilor ca și a miceliilor este foarte mare. Amândouă sunt Gram pozitive. In culturi *actinomyces-bovis* este aerob și produce spori, iar la bolnavi dă naștere la grăunții caracteristici. Firele miceliene sunt mai groase și mai scurte. Cohnistreptotrix-ul este anaerob și are miceliul mai fin și cu ramuri mai lungi și nu produce spori. Acestea ar constitui grupul «majores» al lui *Morelli*, iar *actinomices-bovis* grupul «breviores». Astăzi se vorbește mai mult de actinomicoze anaerobe și aerobe *(Bartsch)* și părerea lui *Brumpt* ca în stadiul actual grupul antinomicozelor să rămână nedivizat, pare admisă de multă lume. Formele de trecere între cele două actinomicoze sunt foarte frecvente de altfel.

Agentul actinomicozic trăește în natură ca saprofit pe rămășițe de fructe, spice de cereale, pe trunchiuri de arbori, în praf, etc. *(C. Brostroem). Wright* afirmase încă din 1905 că *actinomices* poate să se găsească în stare saprofitică în cavitatea bucală și în special în cariile dentare. Cercetările lui *Naeslund* (1931) au confirmat bănuelile lui *Wright* (contaminare exogenă) și au demonstrat deci că nu este nevoie de o contaminare care să se producă la începutul afecțiunei clinice. Cea mai mare parte dintre localizările pulmonare par să fie datorite *Cohnistreptotrix*-ului.

Germenul poate veni la nivelul pulmonului pe mai multe căi:

1) Pe cale aeriană cu localizare primitivă direct de parenchimul pulmonar. Această însămânțare directă pare să fie foarte rară. Ea a fost descrisă de către *Thévenot—Haudeck — Naussac.*

2) Contaminare pe cale aeriană sau dealungul pereților bronșiilor când germenul se găsește anterior fixat la nivelul unei carii dentare pe o ulcerație faringiană, lingulală sau eventual chiar în stare saprofitică.

3) Prin extensia unor leziuni anterioare situate în afara pulmonilor (perete toracic, esofag, organe abdominale, etc.)

Intr'un caz la d-ra E. T. locul inițial al însămânțării actinomicozice era în anexa stângă. De aci procesul s'a întins prin unghiul parieto-colic stâng în loja splinei și de aci transdiafragmatic în pulmonul stâng. In expectorație au putut fi puse în evidență elemente de *actinomyces.*

Tratamentul cu iodur de Na nu a dat rezultate bune.

Odată sosit la nivelul pulmonului, germenul se poate manifesta în mai multe feluri.

a) Dacă infecția s'a făcut dealungul căilor respiratorii forma obișnuită este cea *bronșitică (Canali* 1882). Tot printr'o bronșită începe atunci când germenul se găsește în stare saprofitică pe mucoasa căilor aeriene. Această formă trece însă repede către

b) *forma pneumonică.* Aceasta poate apărea dela început și se prezintă sub tabloul unei pneumonii acute. *Poncet* și Berard insistă asupra curbaturei foarte accentuate la începutul unei pneumonii actinomicozice.

In mod obișnuit, după câteva zile, temperatura scade, semnele locale pulmonare se micșorează și afecțiunea are tendință la cronicizare.

Din punct de vedere clinic se poate evolua ca o

1) Formă broncho-pulmonară.

2) Formă pleuro-pulmonară.

1) In forma *broncho-pulmonară* bolnavul se prezintă ca un bacilar. Procesul este situat de cele mai multe ori la dreapta și mai mult către bază *(Petrow, Moosbrüger, Lindt,* 1898). Tusea nu este prea accentuată iar expectorația nu are nici un caracter special; uneori este hemoptoică. La nivelul leziunilor se aud semne de condensare pulmonară și raluri bronșice amestecate cu subcrepitante. Bolnavul se plânge de o durere foarte accentuată și persistentă, care durează aproape tot timpul bolii.

Examenul sputei arată absența bacilului Koch. Se găsesc însă germenii patogeni sub formă de grăunțe galbene sau filamente miceliene. *Illich* insistă asupra dispariției fibrelor elastice. Adeseaori sputa este fetidă. Din când în când apar puseuri febrile, bolnavul se cașectizează și moare.

2) *Forma pleuro-pulmonară* ia naștere direct din forma bronșitică sau apare în cursul unei broncho-pulmonare care a rămas mult timp latentă. Deasemenea ea rezultă și din propagarea unei actinomicoze situate la nivelul altor organe.

Boala poate începe brutal cu un junghiu foarte mare *(Poncet* și *Berard).* Alteori apare insidios cu slăbire, tuse seacă. In această formă durerea se instalează progresiv și este datorită prinderii nervilor intercostali. Prin puncție pleurală putem scoate un lichid hemoragic sau purulent în care să găsim grăunțe galbene. Procesul inflamator se poate întinde la coloana vertebrală, la coaste, la pericard, poate face o metastază la creer *(Letulle 1911)* sau o generalizare pioemică *(J. B. Morelli* și *J. Mackinon; Poncet* și *Berard; Bolognezi* și *Chiurco).*

Evoluția formei pleuro-pulmonare este lungă și traduce mult timp prin semne vagi și neprecise, astfel că diagnosticul este greu de făcut. Foarte adesea ori se produc fistule toracice.

Anatomie patologică

In toate formele de actinomicoză pulmonară predomină elementul de scleroză.

In forma *broncho-pulmonară* avem leziuni bronșice și noduli peribronșici. Leziunile bronșice constau în leziuni epiteliale și de distrucție a ar-

măturei bronşice. Din cauza aceasta în focarele mai vechi găsim foarte des dilataţii de bronşii pline cu puroi şi grăunţe galbene. Nodulii peribronsunt înconjuraţi de o scleroză foarte accentuată. Uneori ei se ramolesc şi se golesc dând naştere la mici cavernule, din unirea cărora pot apărea adevărate caverne. La aceste leziuni trebue să adăogăm pe cele produse de infecţii banale supra-adăogate. Cu timpul dacă evoluţia se prelungeşte, totul se împachetează cu un ţesut foarte dur, care este străbătut de traecte fistuloase.

In forma *pleuro-pulmonară*, pleurele ne apar mult îngroşate, conţin din loc în loc mici pungi de grăunţe galbene. Fistulele, destul de frecvente în această formă, prind coastele şi se deschid la piele. După *Bartsch* această formă ar fi datorită mai mult *actinomycesului bovis*, pe când cea broncho-pulmonară mai mult *streptotrix-ului*.

Diagnosticul.—Formele pe cari le-am descris mai sus, după o mică perioadă acută, evoluează ca afecţiuni pulmonare cronice, de multe ori afebrile.

Diagnosticul va fi făcut cu toate afecţiunile cronice pulmonare: Tuberculoză, broncho-pneumonie cronică, sifilisul pulmonar, dilataţia bronşiilor, cancerul pulmonar, pleurezia purulentă.

Fistularizarea la piele este caracteristică şi ne ajută să punem uşor diagnosticul clinic. In lipsa fistulelor, evoluţia afebrilă, durerile toracice, fetiditatea sputelor, raritatea hemoptiziilor, absenţa bacililor Koch, la examenul direct cât şi la inoculările la cobai, Wassermann-ul negativ, sunt fapte cari ne fac să bănuim existenţa unei actinomicoze pulmonare. Găsirea grăunţelor galbene în puroi sau spută prin procedeul lui *Dor* ne confirmă diagnosticul. Deasemenea prezenţa filamentelor miceliene şi a sporilor la examenul microscopic.

Sero-aglutinarea, care ajunge până la 1/150, ne ajută la fixarea diagnosticului, cum şi la stabilirea formei de actinomicoză.

Prognosticul actinomicozei pulmonare este totdeauna grav, (după *Illich*), chiar totdeauna fatal. *Naussac* dă o proporţie de 28% vindecări, *Giron* 16%, *Duvan* 13%. O complicaţie cum este tuberculoza, infecţii supra-adăogate, etc., agravează prognosticul.

Uneori boala poate apărea pe un teren special, cum ar fi la bacilar sau la un diabetic. Aceasta determină un prognostic foarte grav.

Vom vedea în observaţia de mai jos că însuşi mersul bolii poate prezenta o formă specială atunci când aceasta se desvoltă pe un teren diabetic. Evoluţia rapidă a acestui caz ne îndreptăţeşte să vorbim despre o formă acută a actinomicozei broncho-pulmonare.

Observaţie. — Comisarul I. P. în vârstă de 47 ani, are o constituţie foarte bună. Ţesutul celular subcutan bine desvoltat fără a fi însă obes. Nu-şi aduce aminte să fi suferit de vreo boală infecto-contagioasă.

Diabetic de 5 — 6 ani, nu a urmat nici un fel de regim şi a preferat să facă din când în când serii de câte 10 — 30 unităţi de insulină pe zi. Către sfârşitul anului 1938 profesiunea i-a impus eforturi fizice foarte mari. Om prudent, bolnavul nostru a început din nou să facă zilnic câte 20 de unităţi de insulină, astfel că afecţiunea de care ne ocupăm mai jos l'a prins numai cu urme de glucoză în urină.

Cu ocazia unei razzii nocturne făcută la 10 Decembrie 1938 a răcit şi a trebuit să se aşeze la pat din cauza unei tuse rebele şi a temperaturei care s'a suit până la 40 grade. Medicul din cartier care-i făcea obişnuit injecţiile cu insulină a diagnosticat o stare gripală cu bronşită generalizată, pentru care i-a administrat, în afară de ventuzele şi fricţiunile obişnuite, în astfel de ocazii, şi o poţiune expectorantă. Temperatura nu avea însă tendinţă la scădere şi oscila între 39 — 40 grade.

Bolnavul, văzut de noi la 27 Decembrie 1938, prezenta o stare de prostraţie şi oboseală foarte accentuată. La examenul pulmonar se găseşte o submatitate în regiunile supra, subspinoase şi subclaviculare drepte, în care locuri vibraţiile vocale erau exagerate.

Auscultaţia arată raluri bronchice ronflante şi sibilante diseminate pe întinderea ambilor plămâni. In regiunile unde am găsit submatitate se percep numeroase raluri umede, cari apar în ploaie după tuse. Deasemenea se mai aud raluri umede cu caractere de subcrepitante în regiunea vârfului omoplatului stâng. Tusea este foarte supărătoare, iar expectoraţia minimală. Pulsul este în raport cu temperatura care se menţine ridicată atât seara cât şi dimineaţa.

Miocardul nu dă semne de slăbiciune. Tensiunea arterială 15/10 la Vaquez Laubry. Ficatul uşor congestionat; conjunctivele sunt subicterice.

Nimic deosebit din partea tubului digestiv. Limba saburală. Urini puţine şi închise. Examenul glucozei arată urme foarte slabe. Glicemia 3.02 gr. la litrul de ser. Diagnosticul nostru a fost de bronchopneumonie acută. I s'au prescris bolnavului o infuzie de poligală, picături de digitalină, injecţii la două zile cu Omnadin Bayer şi s'au continuat zilnic câte 30 unităţi de insulină în două injecţii. S'au pus două ventuze scarificate în regiunile unde se percepeau raluri umede, după cari s'au făcut împachetări toracice alcoolizate sub formă de priesnitz. Starea generală s'a îmbunătăţit puţin. Temperatura a scăzut sub 38 grade seara. Bolnavul a început să expectoreze o spută muco-purulentă, care era foarte aderentă. Examenul ei arăta lipsa bacililor Koch. Cu toate injecţiile de insulină şi a unor tincturi amare pe cari bolnavul le lua sub forma unei poţiuni, inapetenţa era complectă. Forţele continuau să cadă, prostraţia se accentua şi bolnavul slăbea din zi în zi. La 5 Ianuarie 1930 temperatura a început din nou să crească, atingând 39 grade seara. Cu această ocazie am administrat bolnavului injecţii de Rubiazol, Calcium Sandoz, Champhalcol Richter câte două fiole zilnic intravenos şi Transpulmin.

Boala nu avea însă nici o înclinare spre vindecare. Expectoraţia s'a mărit.

Sputa a devenit purulentă, uşor verzue şi adesea colorată cu sânge.

Examenul sputei repetat, nu a putut pune în evidenţă Bacilii, Koch. Glicemia, cu toată insulina şi absenţa glucozei în urină s'a urcat la 4 gr., cifră la care s'a menţinut până la moarte.

La examenul local bronşiile păreau mai puţin inflamate, întrucât ralurile ronflante şi sibilante în focarele descrise mai sus erau pe cale de dispariţie. Ameliorarea semnelor obiective pulmonare era însă în contrast cu abundenţa şi caracterele sputei, precum şi cu starea generală, care continua să slăbească. Astenia era foarte accentuată. Din această cauză am prescris bolnavului injecţii cu Cortigen Richter.

Numărul globulelor albe la 16 Ianuarie 1938 era de 12.117 pe mmc. Formula leucocitară arată:

Limfocite 17%.
Monocite 1%.
Eosinofile 0%.
Polinucleare neutrofile 82%.

Abundenţa expectoraţiei cât şi examenul globulelor albe ne-a făcut să ne gândim la o tendinţă la supuraţie pulmonară. O radiografie făcută la domiciliul bolnavului de către d. medic locot.-colonel Ionescu arată:

«Opacitate fină discret neomogenă ocupând 1/3 superioară a câmpului pleuropulmonar drept Fină scizurită inferioară dreaptă. Mici granulaţiuni cretificate, rar diseminate în ambele câmpuri pleuropulmonare».

Incă odată semnele locale erau în contradicţie cu starea generală. Insămânţările din urină au arătat lipsa colibacilului; pe mediile de geloză au crescut stafilococi. Hemocultura a rămas negativă.

La 23 Ianuarie 1938 din nou examenul de spută făcut de d. dr. Virgil Ionescu, ne arată:

Spută abundentă, mucopurulentă, cu porţiuni hemoptoice.

1. Prin coloraţie Ziehl se întâlnesc numeroase grămezi şi elemente izolate de forme bacilare cu aspect neregulat; forme bacilare scurte şi forme filamentoase, prevăzute cu artrospori. Aceste elemente sunt acido-rezistente şi Gram pozitive de tip *Actinomyces*.

2. Prin coloraţia Gram, se văd nume-

Tratamentul Arsenical

al **SIFILISULUI DOBÂNDIT**
tratamentul de întreţinere
al **SIFILISULUI EREDITAR**
al **SIFILISULUI ÎNVECHIT**
al **DERMATOZELOR**
asociate sifilisului
prin

Acétylarsan

absolut · nedureros
discret, uşor
neurotonic & eutrofic

●

Compus arsenical de eliminare uşoară pretându-se la toate modalităţile tratamentului mixt.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8e)

DRÉMILL

Propagande med' ale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie : Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona, papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46.

CORAMINE "CIBA"

CARDIOTONIC ŞI EUPNEIC

solubil în apă, administrabil în injecţiuni şi pe cale bucală. Injecţie neiritantă. Efect rapid, momentan şi îndelungat. Uşor administrabil. Dozare exactă. Indicaţiuni multiple.

Stări acute de colaps Insuficienţă cardiacă.
Turburări respiratorii Intoxicări narcotice.
Slăbiciune circulatorie postoperativă.

Fiole de 1,7 cmc., cutia cu 5 şi 20 bucăţi.
Fiole de 5,5 cmc., cutia cu 3 bucăţi.
Picături: flaconul cu 15 cmc.

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BÂLE, (SUISSE)

roase elemente myceliene şi forme levurare de tipul **moniliei.**

3) Prin *Antiformină* nu se găsesc bacili radio-rezistenţi (Koch).

Sputa fiind colorată cu sânge ne-am gândit să începem injecţii cu Solusarvarsau intramuscular, urmând ca după 2—3 injecţii să adăogăm şi iodur de sodiu. Pentru monilie am prescris doze mari de bicarbonat de Na şi câte 1.50 gr. de Salicilat de Na în 24 de ore.

Identificarea serologică cât şi hemoculturile nu au mai putut fi făcute, pacientul sucombând în ziua de 28 Ianuarie 1939.

Observaţia de mai sus ni se pare interesantă din mai multe puncte de vedere:

1) Evoluţia scurtă a bolii, în 43 zile, ne arată că putem întâlni forme acute de actinomicoză pulmonară. Tabloul nu are nimic specific. Merită totuşi să menţionată astenia extrem de accentuată şi abundenţa expectoraţiei în disproporţie cu semnele locale şi radiologice. După cum am spus este foarte probabil că diabetul a fost una dintre cauzele cari au contribuit la mersul acut al afecţiunei de care ne ocupăm.

2) Prezenţa în spută alături de elementele actinomicozice, a unei ciuperci de tip *monilia* poate deasemenea fi invocată drept cauză a evoluţiunei rapide a actinomicozei pulmonare. Intr'un caz de actinomicoză pulmonară cu generalizare pioemică, *Juan Morelli* şi *Juan Mackinon* au descris aceeaşi asociaţie, care se găsea în toate procesele metastatice. Acesti autori socotesc monilia nevirulentă. Deasemenea *Roccia* şi *Palazzo* în alt caz. Pentru *Monilia albicans*, cea care dă muguet-ul — *Grawitz* şi *Parrot* au descris localizări pulmonare sub formă de focare congestive sau chiar o formă pneumonică.

Artault crede că însămânţarea se face direct. *Wallace, Tanner* în 1927 au descris o Monilia diferită de albicans, care dă o pseudo-tuberculoză ce se vindecă cu iodur de Na. *Khouri* a descris o *Monilia aegyptiaca* patogenă. *Langeron, Manco*, etc., au recunoscut frecvenţa moniliei în toate felurile de expectoraţie, ceeace îi scade mult din valoarea patogenă. Faptul că apar mai ales în stări caşectice, pledează pentru o lipsă de virulenţă.

In cazul nostru, ea a apărut în spută odată cu Lepthotrixul şi au fost găsite puţin înaintea morţii. Cum puterea patogenă a actinomyces-ului e mult mai mare, înclinăm să credem că tabloul patologic a fost datorit acestuia din urmă.

3) Observaţia de mai sus, ne mai arată că în faţa unei afecţiuni pulmonare ce nu are tendinţă de vindecare este bine să ne gândim şi la posibilitatea unei actinomicoze. Gravitatea pronosticului acestei localizări ne va face şi mai prevăzători şi stabilirea precoce a diagnosticului ne permite să aplicăm mai de vreme tratamentul iodurat, singurul dela care putem aştepta posibilitatea unei vindecări.

Electrogalvanismul bucal

de **Doctor TR. I. MARINESCU - CRAIOVA**
Medic Stomatolog

Prin electrogalvanismul bucal se înţelege totalitatea fenomenelor electrice produse în cavitatea bucală de prezenţa mai multor metale (plombe amalgamice, coroane, poduri metalice, proteze de cauciuc etc.) care având un potenţial electric diferit, realizează o adevărată baterie galvanică — *sursă de curent continu* — în care lichidul salivar şi mucoasa bucogingivală constitue un mediu bun conducător de electricitate.

Cum se formează curentul electric.

Pentruca să se formeze un curent electric, ştim din fizică că ne trebuesc nişte elemente zise galvanice, compuse din cel puţin două metale ca de ex.: *cupru şi zinc*, care au un potenţial electric diferit, numiţi *electrozi*, introduşi într'o soluţie, de preferat acidă, ce formează *electrolitul*. Cu ajutorul acestor elemente se transformă energia chimică, desvoltată în timpul reacţiunii noastre, între electrozi şi electrolit, în energie electrică sau curent electric, care nu este decât o scurgere sau transport de *electroni* (cea mai mică sarcină electrică) între cei doi conductori — (poli — electrici diferiţi.

Electricitatea, din electrodul (conductor, pol sau metal) cu un potenţial mai ridicat trece prin intermediul soluţiei noastre acide *(electrolit)* către metalul — electrodul — cu potenţial mai scăzut, adică dela polul pozitiv către cel negativ, formând un *circuit interior*, a cărui scurgere ar înceta după un timp oarecare, din cauza necontinuităţii circuitului. Pentruca să se menţină această continuitate a circuitului electric, trebue să mai avem un element bun conducător de electricitate, ca de ex.: *o sârmă*, care să facă legătura exterioară între cei doi electrozi. Acest element — *sârma* — împreună cu electrozii din electrolit, formează acum *circuitul exterior*, prin care curentul electric circulă dela polul negativ, la cel pozitiv (adică invers), formând un curent continu de electricitate. *Electrozii sau metalele care au un potenţial electric mai ridicat, ca de ex.: cupru, nichelul, fierul, plumbul etc., reprezintă polul pozitiv şi degajă electricitate pozitivă, iar cele cu potenţialul mai scăzut ca: zincul, argintul, aurul etc., pe cel negativ, dând electricitate negativă.*

Curentul electric în drumul pe care-l parcurge dela polul pozitiv către cel negativ, separă corpii compuşi (substanţele) care se găsesc în electrolit — soluţie — în două feluri de corpusculi cu sarcini electrice pe care Faraday i-a numit *ioni*. Prin această separare, o parte din *ioni* care sunt încărcaţi cu electricitate pozitivă, se duc la catod (polul negativ sau metalul cu potenţial electric mai scăzut) luând numele de *cationi* (aci vin metalele din substanţele descompuse de curent şi hidrogenul din salivă); iar altă parte de *ioni*, încărcaţi cu electricitate negativă se duce la anod (polul pozitiv sau metalul cu potenţial electric mai ridicat) şi se numesc *anioni* (aci se duc metaloidele şi radicalii acizilor descompuşi). *Această descompunere de mai sus a soluţiei noastre (electrolit) în ioni, prin trecerea curentului electric se numeşte electroliză.*

Cum se formează bateria electrică bucală.

Pentru formarea curentului electric în cavitatea bucală, ne trebuesc acum următoarele elemente: *câteva metale cu un potenţial electric diferit (electrozi), lichidul salivar cu reacţie acidă (electrolitul) şi un element bun conducător de electricitate care să facă legătura exterioară între metale* (în locul sârmei electrice din elementele galvanice).

Electrozii sunt reprezentaţi în cavitatea bucală prin metalele, care intră în compunerea plombelor amalgamice (cupru, zinc, plumb, argint, aur, mercur etc.) sau în aliajul coroanelor şi protezelor dentare (ergorandolf, paladium, Wipla, aur, cauciuc vulcanizat etc.), iar *electrolitul* prin lichidul salivar, care în majoritatea cazurilor, chiar în starea normală, are o reacţie aproape acidă, în loc de alcalină sau neutră cum ar trebui să fie (1). Din acesti electrozi ia naştere electricitatea *(curentul electric)* a cărui direcţie este dela polul pozitiv, unde avem metalul cu potenţial mai ridicat, către cel negativ, la metalul cu potenţialul mai scăzut, care se întrerupe — *(se opreşte)* — după un timp la acest pol. Curentul electric, odată format, nu trebue să se oprească sau să se îngrămădească numai la un singur pol şi el trebue să circule încontinuu între cei doi poli. Această mişcare continuă a electricităţii este datorită: *firului* —

1) Revista „România Medicală" Nr. 21 (11) 193, pag. 283.

sârma — electric sau legăturii exterioare dintre electrozi, care ajută curentului electric să nu se oprească (întreruptă) la unul din poli, ci să circule în continuu dela un pol, la altul, şi *soluţiei acide*, a cărei concentraţie trebue să fie aptă transportului normal al *electronilor*, între cei doi electrozi (1). Să revenim acum la ceeace se petrece în cavitatea bucală: Curentul electric, care a luat naştere din cauza diferitelor metale — plombe, coroane — aflate în contact cu lichidul salivar rămâne pe loc — îngrămădit sau acumulat — la unul din poli, formând ceeace numim *circuit deschis sau circuit interior.* Pentruca acest curent electric sau transport de electroni să fie continuu în cavitatea bucală, adică să poată circula dela un pol metal la altul (pozitiv la negativ, şi invers) trebue să mai existe o legătură între cei doi poli, cu ajutorul căreia se formează *circuitul exterior sau circuitul închis.* Acest circuit exterior, ce transformă curentul electric discontinu în unul continuu, se realizează în fizică cu ajutorul sârmei electrice, iar aci, în cavitatea bucală, sârma sau legătura exterioară dintre cei doi poli nu poate fi făcută decât prin *mucoasa buco-gingivală*, care fiind un element bun conducător de electricitate, şi venind în contact cu metalele noastre din gură (plombe, coroane, proteze etc.) îndeplineşte rolul firului — sârmei — electric al circuitului exterior din elementele galvanice. Având acum cele trei elemente: metalele din plombe, coroane, proteze dentare etc., *(electrozii)*, lichidul salivar cu o uşoară reacţie acidă (electrolitul) şi mucoasa buco-gingivală (firul electric), am format *bateria electrică bucală*, producătoare de curent continuu în cavitatea bucală, pe baza principiilor elementelor galvanice.

Condiţiunile de producere şi de intensitate ale curentului electric în cavitatea bucală.

Producerea curentului electric, în cavitatea bucală, este condiţionată, după cum am văzut, de prezenţa mai multor metale *(teoria polimetalismului bucal)* al căror potenţial electric diferit este reprezentat aci prin materialele — substanţele — care intră în compunerea amalgamelor şi a aliajelor din plombe, coroane şi proteze dentare. Aceste metale privite — luate — din punct de vedere al potenţialului electric merg descrescând, după scara lui Hodgen, dela aluminiu (limita superioară) în jos, spre zinc, fier, spre zinc, fier, nichelul, alamă, plumb, staniu, cupru, mercur, argint, platină, aur etc. (limita inferioară).

Plombele amalgamice, coroanele sau protezele dentare, sunt făcute în parte, sau în total, din unul sau mai multe metale, sau din sărurile lor în combinare, fie cu *mercurul*, în cazuri de amalgame, sau între ele, *fără mercur*, în *aliajul pieselor metalice*, putând să îndeplinească — joace — fiecare, în tot momentul, rolul de electrozi. In cazul nostru, pentruca să se producă curenţi electrici în cavitatea bucală, este de ajuns a avea mai multe plombe amalgamice (alăturate sau antagoniste), ca de ex.: Siberamalgam (Ag. + Sn+ cu + Hg) cuppferamalgam (Cu + Ag + Sn + Zn + Hg), Goldamalgam (Au + Ag + Sn + Cu + Hg) etc., sau numai coroane ori poduri, făcute însă din metale ca: Ergo, Randolf, Paliag, Paladium, Wipla etc. Curentul electric se mai produce şi în prezenţa coroanelor sau a protezelor dentare, făcute din metale nobili (aur sau platină) dacă se mai află în cavitatea bucală, plombe amalgamice de proastă calitate (din cele cu bază de cupru), coroane făcute din materiale ordinare (ca randolf, paladium, Wipla, etc.), sau proteze făcute din cauciuc vulcanizat, cu, sau fără cârlige metalice. *Lain* nu a observat producerea curentului electric şi nicio manifestaţiune patologică, (le ziuni sau iritaţiuni), la persoanele care posedau în gură plombe de ciment, porţelan sau coroane, ori proteze dentare, făcute din metale nobile (aur), şi chiar semi-nobile (ergopaliag, etc.) al căror potenţial electric e slab.

Din cele expuse mai sus, putem spune că: *producerea curentului electric în cavitatea bucală va fi cu atât mai mare — (intens) cu cât metalele aflate în plombe, coroane, proteze, etc.., vor avea o diferenţă de potenţial mai mare, şi invers.* Această intensitate a curentului electric, conform *legii lui Ohm*, din fizică, este direct proporţională cu diferenţa de potenţial a metalelor, şi invers proporţională cu rezistenţa circuitului şi puterea de concentrare a soluţiei (electrolitului), prin care el străbate.

Intensitatea sau amperajul curentului electric, în cavitatea bucală, va fi în raport cu: cantitatea metalică aflată în plombe, coroane, proteze, etc; poziţia cât mai vizibilă a acestor metale în gură; înaintarea lor în suprafaţă ocupând cât mai mulţi dinţi; contactul lor cât mai mult cu saliva şi mucoasa buco-gingivală, reacţia cât mai acidă a lichidului salivar, etc. Cu cât aceste condiţiuni se vor îndeplini mai bine, cu atât producerea curentului electric bucal şi intensitatea lui va fi mai mare iar urmările lor reprezentate prin diferite iritaţiuni şi leziuni ale mucoasei buco-gingivale vor fi mai pronunţate şi mai grave *(Lain, Ulmann, Hippmanete* [1]). Aceasta este explicaţia patogenică dată diferitelor manifestaţiuni patologice ca: iritaţiuni şi leziuni acute sau cronice ale mucoasei buco-gingivale *(gingivo-stomatite)*, spaţiilor interdentare *(papilite-hipertrofice)* a ţesuturilor din jurul dinţilor *pioreea alveolară că căderea dinţilor)* şi chiar a leziunilor cronice cu aspect leucoplazic, care ar putea degenera uşor în adevărate epitelioame. Pentru a înţelege mai bine dece amalgamele sau aliajele din plombe sau proteze dentare făcute din metale cu potenţial electric diferit (mai ridicat sau mai scăzut) pot da naştere foarte uşor curentului electric, dăm mai jos compoziţia lor fizico-chimică:

1. *Plombele amalgamice* sunt combinaţiunile următoarelor metale: Ag, Zn, Sn, Cu, Au, etc., cu *mercurul*, purtând diferite numiri ca: *amalgam de argint, cupru, aur, platină etc.*, după cantitatea mai mare de metal bază care intră în compunerea lor, formând o massă plastică, omogenă ce se modelează şi fixează uşor de pereţii dinţilor cariaţi, menţinându-şi mult timp forma, duritatea şi culoarea. Aceste plombe, privite în general, pot fi însă vătămătoare sănătăţii din cauza: cantităţilor prea mari de metale deosebite (argint, zinc, cupru, staniu, aur, platină etc.) ce se combină cu mercurul; a variaţiilor de volum la care sunt supuse în cavitatea bucală, unde încălzindu-se (se dilată), şi răcindu-se (se contractă-strâng), sub influenţa alimentelor sau a băuturilor, calde sau reci, introduse în gură, amalgamul îşi pierde din proprietăţile sale de duritate, rezistenţă şi culoare (1); pot fi uşor atacate de acizii sau sărurile minerale care se găsesc în salivă, formând unele combinaţiuni chimice (cloruri-sulfuri) otrăvitoare pentru organism etc. (pentru acest motiv ele trebuesc a fi recomandate cu o oarecare rezervă.

2. *Plombele de ciment, porţelan sau mixte*, sunt masse plastice în a căror compoziţie intră: o pulbere fină, făcută dintr'un amestec de oxizi metalici (oxid de zinc, aluminiu, fier, calciu etc.) şi un lichid sirupos cu reacţie acidă, din cauza acidului fosforic şi a fosfaţilor metalelor respective *(pentru cimenturi)* sau din bioxid de siliciu şi acid silicic *(la porţelanuri)*. Aceste plombe au următoarele proprietăţi: se întăresc repede, adaptându-se perfect de cavitatea dintelui; sunt într'un grad oarecare, nealterabile de lichidul salivar nu atacă dentina sau pulpa dintelui, numai când sunt bine aplicate, nu-şi schimbă volumul la diferite variaţii ale temperaturii cavităţii bucale etc. Pe lângă aceste proprietăţi mai au unele care le fac să fie utilizate şi ele cu oare-

1) Manual de Fizică curs secundar *Pr. T. Angelescu* 1938.

2) La Presse Medicale Nr. 17 2.938 pag. 314.

1) La Presse Medicale No. 17/2/938 pag. 314

1) Elemente de stomatologie *Dr. Niculescu* pag. 151.

Tratamentul modern al malariei prin

ATEBRIN

este scurt: 5—7 zile; **simplu:** 3 tablete pe zi; **radical:** efect terapeutic desăvârşit cu o cotă mică de recidive; **fără pericol:** fără efecte secundare. Indicat şi în timpul sarcinei.

Se asociază eventual o cură de

PLASMOCHIN

PROPHILAXIE: In fiecare a doua zi 1 tabletă de ATEBRIN

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România :
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 3-722.

FRICŢIUNE LICHIDĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

care rezervă la unele persoane, din cauză că: după întărire *(priză), încep* a se distruge în mare parte din cauza acţiunii lichidului salivar acid *(fenomen chimic);* sau a forţei masticatorii (fenomen mecanic), punându-se în libertate (eliberându-se) din ele acidul fosforic sau silicic, precum şi metalurile sau sărurile lor, care produc apoi în urma fenomenelor de electroliză diferite combinaţiuni chimice, în cavitatea bucală; ori sunt înghiţite sub ambele forme, odată cu alimentele, dând naştere la diferite tulburări gastro-enterohepato-renale, de natură toxică *(Partourier* şi *Pont*[1])

3. *Coroanele metalice* sunt făcute din combinarea mai multor metale între ele *(aliaj), fie nobile, seminobile* sau ordinare, a căror calitate este în raport cu cantitatea mai mare de metal bază, întrebuinţat. *Coroanele nobile de aur:* 92% aur pur de 22 carate, iar restul contine argint şi aramă pentru a da duritate (rezistentă) mai mare aliajului; *aur alb:* paladium, nichel, argint şi aur; *platina:* 75% platină pură, iar restul iridium, paladium, radium, aur, alamă etc. *Coroane semi-nobile: ergo, paliag, econor etc.,* sunt aliaje în a căror compoziţie intră: argint, paladium si putin aur. *Coroane ordinare: randolf — danubia* — conţine aramă, zinc, aluminiu, fier şi plumb; *Wipla,* un preparat german contine paladium, otel, crom si fier; *paladiu* (oţel, paladiu, crom, aluminiu şi fier, etc.

4. *Protezele dentare metalice amovibile sau inamovibile* sunt constituite din două sau mai multe coroane în al căror aliaj intră metale nobile, semi-nobile sau ordinare (după caz), la care se mai adaugă lipitura între coroane ce este un aliaj, însă de o calitate mai inferioară şi cu punctul de topire mai redus (joasă), decât cel al coroanelor. Aceste lipituri (aliaje), se întrebuinţează după felul coroanelor aliaj, ca de ex.: pentru cele *nobile* lipitura este făcută din: aur bază, argint, cupru, zinc, şi cadmiu; pentru *semi-nobile* din: argint bază, alamă, cupru, zinc şi cadmiu; iar pentru cele *ordinare* din alamă, zinc şi cadmiu (aliajul din lipituri dacă nu e făcut din metale bune (nobile) şi în cantitate suficientă, vor fi atacate de combinaţiile chimice bucale înaintea aliajului din coroane, înegrindu-se şi chiar distrugându-se înaintea coroanelor din proteza).

5. *Protezele dentare cauciucate* sunt făcute din: *cauciuc roşu* (cauciuc, sulf, cinober, oxid de zinc etc.); *cauciuc de amalgam* (cauciuc, sulf, zinc, etc); *coralix, davidiu, paladon,* etc., specialităţi mai noi, în a căror compoziţie intră: colofoniu, celuloid etc. (toate aceste substanţe sunt uşor atacate de unele combinaţii chimice (baze şi sulfuri) mai ales într'o gură al cărui lichid salivar este prea acid, şi dacă se mai găsesc şi câteva piese metalice — amalgame sau coroane metalice.

Aceste metale aliaje, sub orice formă ar fi ele întrebuinţate (coroane simple, proteze mobile sau fixe) pot să îndeplinească rolul de electrozi, în cavitatea bucală, având o diferenţă de potenţial mai mare, sau mai mică, după natura metalelor cari intră în compoziţia lor.

Dacă această diferenţă de potential este mai mică, cum sunt cele din metalele nobile (aur şi platină), curentul electric va fi şi el mai slab şi deci mai puţin vătămător mucoasei bucogingivale; iar dacă diferenţa de potenţial ar fi mai mare, ca în cele ordinare (paladium, Wipla etc.) curentul va fi şi el mai intens şi mult mai vătămător cavităţii bucale, mai ales atunci când s'ar neglija complet, regulele de higienă bucală. Curentul electric, pentru a avea o intensitate mai mare (pe lângă cea produsă de însăşi diferenţa de potential metalic) trebue să mai intervină un factor favorizant cum este *lichidul salivar de o concentraţie mai mare, bogat în săruri minerale şi cu o reacţie acidă,* care prin atacarea amalgamelor din plombe, aliajul metalelor şi protezele de cauciuc, pune în libertate unele metale, sau sărurile lor, în urma căreia rezultă alte combinaţii chimice *(procesul chimic se petrece în timpul fenomenelor de electroliză),* întărind astfel şi concentraţia lichidului salivar, care aci joacă rolul soluţiei — electrolit — a elementelor bucale, sinonim galvanice.

Cum se formează electroliza în cavitatea bucală.

Electroliză se numeşte descompunerea unei solutii cu reacţie salină, ori acidă, în părţile ei constitutive cât mai simple (ioni), cu ajutorul unui curent electric.

Soluţia noastră (electrolitul) este reprezentat în cavitatea bucală prin lichidul salivar, care este produsul de secreţie al glandelor salivare si de excreţie al sângelui, conţinând în el aceleasi elemente chimice ca şi sângele din care provine, de ex.: *994,36%₀ apă; 3,40 gr. %₀ materii organice* (resturi alimentare, celule epiteliale descuamate, mucină, grăsimi, fermeţi amilazici etc.) şi *2,24 gr. %₀ substanţe anorganice* (cloruri de sodiu şi potasiu; sulfaţi neutri de sodiu şi potasiu fosfaţi de calciu, fier, sodiu şi potasiu, bicarbonţi alcoolici, bioxid de carbon, azot, acid carbonic, acid uric, oxigen, hidrogen etc. *(Michels şi Wittkopp*[1]).

In starea normală, lichidul salivar are o reacţie alcalină sau puţin neutră, care se poate modifica foarte uşor devenind acidă *(cum este în majoritatea cazurilor):* în timpul meselor; sub influenţa aerului respirat; a acizilor produşi de fermentarea substanţelor organice aflate în gură;de către microbii amilalitici ai florei bucale; de către unii acizi (fosforic şi silicic), şi sărurile metalelor, eliberate din plombele de ciment, sau portelanuri[1]); din cauze de ordin local (afecţiune ale cavităţii buco-faringiene; sau de ordin general, cum ar fi maladiile diatezice (artritism, gută, diabet, obezitate etc.) în sângele cărora se găseste un exces de acizi Aceste elemente, aflate în salivă, vor modifica în unele împrejurări echilibrul biologic al mediului bucal (făcându-l acid) mărind astfel concentraţia soluţiei noastre salivare şi tot odată va distruge integritatea anatomo-fisiologică a epiteliului mucoasei buco-gingivale, jucând prin aceasta rolul cauzelor adjuvante curentului nostru electrogalvanic în manifestările lui patologice asupra cavităţii bucale.

Mayr se îndoieşte însă asupra rolului adjuvant ce-l au aceste elemente de mai sus, care prin producerea acidifierii lichidului salivar ar putea juca un rol favorizant în intensificarea curentului electric bucal; dar tot el spune că: *dacă această aciditate a lichidului salivar nu este obligatorie, poate fi însă o circumstanţă favorizantă producerii şi întreţinerii curentului electric continuu în cavitatea bucală* (2). Observaţiunile diferitelor autori *(Lain, Ganowsky, Lippmann etc.)* au dovedit că deşi polimetalismul bucal ar fi o sursă bună pentru producerea curentului electric, totusi acest polimetalism, el singur nu pare a fi suficient pentru a da o intensitate mai mare acestui curent, şi a produce atâtea manifestaţiuni patologice în cavitatea bucală. Pentru aceasta trebuie să intervină, după cum spune şi *Mayr,* o reacţie anormală a lichidului salivar (aciditate) în prezenţa căruia să se poată realiza o intensificare de curent, mai mare, precum şi executarea fenomenelor de electroliză cu manifestările lor patologice pe care le vom vedea.

Curentul electric, odată format în timpul trecerii lui prin lichidul salivar, devenit acid (electrolit), va descompune substanţele anorganice care se găsesc dizolvate în el, în părţi cât mai simple (ioni) care se vor depune în virtutea afinităţilor lor chimio-electrice unii la polul pozitiv, iar alţii la cel negativ, unde întâlnind plombe amalganice, coroane nobile sau ordinare, în a căror compoziţie am văzut ce metale intră, vor da naştere în prezenţa apei sau a hidrogenului din salivă, la diferite reactiuni chimice (descompuneri şi combinări), cu efecte defavorabile mucoasei buco-gingivale, şi chiar aparatului dentar. Substan-

1) Revista Stomatologică No. 4. 935 pag. 228.

1) România Medicală No. 21.11.937, pag. 287.

1) Revista stomatologă No. 4.936 pag. 151.

2) La Presse medicale No. 17.II.938 pag. 315.

țele anorganice din salivă, cum ar fi: *sulfații de sodiu și potasiu* (SO^4 NO^2, SO^4 K^2); *clorura de sodiu* (Na cl); *fosfații de sodiu și potasiu* (PO4 Na3, PO4 K3) *de calciu* PO4)2 Ca3, *de fier* (PO4)3 Fe2 etc. în timpul trecerii curentului eectric, pot suferi următoarele descompuneri și combinări chimice, ca de ex.:

1. *Sulfatul de sodiu* (SO^4 Na^2), se descompune mai întâi în două părți: *So4 (radical metaloid)*, care este încărcat cu electricitate negativă, se duce la anod + (pozitiv), iar Na2 (metal), încărcat cu electricitate pozitivă, la catod (polul negativ). Radicalul SO4, când ajunge la anod, se depune și luând hidrogenul din salivă dă naștere la acidul sulfuric *(SO4 H2)*, care fiind un acid puternic va ataca metalele din plombele amalgamice, sau coroanele dentare care s'ar găsi la acel pol (distrugându-le), și chiar mucoasa buco-gingivală, sau spațiile interdentare din vecinătatea acestor piese. Acest radical (SO4), depunându-se la anod, mai poate face alte combinațiuni chimice cu metalele din amalgamul plombelor sau aliajul coroanelor (zinc, cupru, plumb, argint, aur, mercur etc.) și să dea naștere acum la diferite *săruri ale acestor metale*, cum ar fi de ex.: sulfat de zinc *(SO4 Zn)* sulfat de cupru *(SO4 Cu)*, sulfat de argint *(SO4 Ag²)*, sulfat de mercur *(SO4 Hg2)* etc. Sodiu (metal, Na2—), fiind încărcat cu electricitate pozitivă se îndreaptă spre polul negativ (catod), unde întâlnind și el apa sau hidrogenul din salivă, formează *hidratul de sodiu (Na OH)*, care fiind o bază puternică, atacă imediat metalele (în special cele ordinare), care intră în compunerea amalgamelor sau aliajelor, stricându-le proprietățile lor de rezistență duritate și culoare.

2. *Fosfatul de sodiu sau potasiu PO4 Na3 sau PO4 K3)* se desparte în PO4 (radical metaloid) care se duce ca orice metaloid, la anod, unde împreună cu apa din salivă dă naștere la fosfați monosodici, sau mono-potasici, și chiar la acidul fosforic (PO4 H3) care au o acțiune vătămătoare asupra amalgamelor, aliajelor și mucoasei buco-gingivale: iar 3Na sau 3K (metale), se îndreaptă către anod, unde întâlnind apa, sau hidrogenul din salivă dau naștere la următoarele reacții dau naștere la următoarele reacții bazice: hidrat de sodiu sau potasiu Na OH, KoH), cu aceleași proprietăți ca mai sus.

3) Clorura dec sodiu (Na Cl) din salivă, se descompune și ea în două părți: *Na (metal)*, încărcat cu electricitate pozitivă, se duce la catod, unde împreună cu apa dă nastere la diferite baze cu hidrat de sodiu, iar *clorul (metaloid)*, se duce la anod, unde în prezența apei din salivă formează câteva combinații și soluțiuni puternice, care atacă amalgamele, sau aliajul pieselor noastre metalice din gură, și chiar mucoasa buco-gingivală, ca de ex.: *clorul, cu apa, dă apă de clor, care atacă imediat mercurul, fierul, cuprul, argintul, etc. din amalgame și aliaje;* sau *clorul singur dacă se combină cu mercurul aflat în exces amalgamele rău făcute, poate să dea calomelul, sau clorura mercuroasă (Hg Cl)*, care nu este vătămătoare când se găsește într'un mediu alcalin, sau neutru, dar când dă de unul sărat, ceeace este posibil mai întotdeauna în gură, poate foarte ușor să se transforme în sublimat corosiv (*Hg, Cl2*, substanță otrăvitoare și caustică pentru mucoasa buco-gingivală. Apa de clor, sau numai clorul, împreună cu argintul sau cupru din amalgame, sau aliaje, mai poate da naștere și la următoarele săruri ca: clorura de argint (Cl2 Hg) sau de cupru (Cl12 Cu) etc. care deși au o culoare albă la început, când se depun în jurul plombelor, sau pe mucoasa din vecinătatea dinților plombați sau îmbrăcați, cu timpul devin cenușii murdare verzui și chiar negre în cavitatea bucală (explicația chimică a decolorării plombelor, coroanelor și a mucoasei buco-gingivale).

Manifestările chimio-patologice ale electro-galvanismului bucal

Persoanele care au în cavitatea bucală plombe de ciment, porțelan și chiar de amalgame făcute însă cu bază de aur sau platină (goldamalgam, cu platinomalgam), coroane sau proteze dentare făcute din metale nobile *(aur)* sau seminobile (ergo-paliag), nu au nici o senzație anormală, sau vreo manifestațiune patologică în gură din cauză că aceste metale au un potențial electric scăzut (slab), sau cel puțin egal, între ele. După instalarea unei alte piese dentare (plombe sau coroane), în care să intre metale al căror potențial electric să fie mai ridicat, ca de ex.: amalgame cu bază de cupru argint sau coroane de randolf, paladium, Wipla etc. se produce după un timp carecare curenți electrici și fenomene de electroliză, în urma cărora substanțele anorganice din lichidul salivar se disociază în *ioni metalici*, încărcați cu electricitate diferită care pot să rămână liberi în lichidul salivar, ori să se combine cu metalele din amalgame și aliajul protezelor dentare, cu sărurile sau acizii din salivă la locul unde se depun prin forța proprietăților lor. Acești corpi simpli *(ioni)* sau *cei rezultați* în urma diferitelor combinațiuni chimice *(acizi, baze, săruri, sulfuri, etc.)*, atacă acum în prezența apei, sau a hidrogenului din salivă, plombele amalgamice, sau aliajul pieselor dentare, distrugându-le proprietățile lor de duritate, rezistență și culoare, sau vor irita și inflama mucoasa buco-gingivală, spațiile interdentare și chiar mucoasa linguală.

Mecanismul acestor procese chimio-patologice se explică în felul următor: metalele din amalgame, sau aliajul pieselor dentare, fie nobile, semi-nobile sau ordinare, în timpul fenomenelor de electroliză (disociație electrică), sunt supuse la următoarele reacțiuni chimice:

1. *Amalgamele plombelor* sunt atacate la suprafață de către: *acizii* (sulfuric, etc.), care rezultă, (provin) din combinarea radicalilor metaloizi (SO4, PO4, Cl etc.), dela anod, cu hidrogenul, sau apa, din salivă, sau de către cei care se găsesc în mod normal în cavitatea bucală (acizii fosforici și silicici din plombele de ciment, sau porțelan) în aerul respirat (acid carbonic), în alimente sau băuturi acide (citric, oxalic, malic, etc.): sau de *bazele* (hidrații de sodiu sau potasiu) rezultate din unirea hidrogenului din salivă cu diferite emtale (Na2, K2, 3Na, 3K etc.) rămase libere din disocierea electrică. *Acizii ca și bazele* atacă imediat metalele, în special pe cele ordinare care intră în compoziția amalgamelor (cupru, staniu, argint etc.) stricându-le (distrugându-le) mai întâi proprietățile lor de legătură (coeziune) prin disocierea moleculară, apoi pe cele ce formează rezistența întregului amalgam, ceeace aduce după sine la tocirea, sau dislocarea lor dela locul unde au fost fixate (pereții dinților). *Acizii* rezultați mai sus, împreună cu metalele din salivă, mai pot da naștere și la combinațiuni chimice cum ar fi sulfurile metalelor respective ca: *sulfura de argint, cupru mercur etc.* care atacă și ele la rândul lor plombele amalgamice, schimbându-le mai întâi culoarea lor naturală, în gri-neagră *(sulfura de argint și mercur)*, sau verzue *(sulfura de cupru)*, apoi cu timpul le distruge și proprietățile de rezistență, făcându-le să se toace, sau să cadă din locul unde au fost fixate. *Clorul singur* (rezultat din electrolizarea clorurii de sodiu), sau apa de clor (clorul cu apa din salivă), va ataca metalele din plombe) zinc, cupru, argint, mercur, etc.), disociindu-le legătura moleculară, ceeace face ca să se strice proprietățile de rezistență ale amalgamelor, după care unindu-se cu mercurul, argintul sau cuprul din amalgame va da naștere *clorurei de argint, mercur sau cupru*, care depunându-se în cavitatea cariată a dintelui sau în jurul dinților plombați, va da cu timpul o culoare cenușie murdară, ver-

zue sau chiar neagră, atât plombei, cât şi mucoasei din jurul ei. *Radicalii metaloizi* (SO4, PO4 ce etc.) la rândul lor, împreună cu metalele din amalgame, sau cu cele rămase libere în salivă, vor da naştere la combinaţiuni chimice de felul sărurilor ca: sulfaţi, fosfaţi sau cloruri de zinc, cupru, argint etc. care pentru un moment, deşi nu sunt vătămătoare, totuşi cu timpul, şi în urma altor reacţiuni chimice, pot deveni vătămătoare mucoasei buco-gingivale.

Substanţele organice (resturi alimentare, celule epitelice descuamate, mucina etc.) aflate în gurile, a căror higienă, lasă de dorit, în urma proceselor de descompunere, datorită microbilor proteolitici, pot da naştere la gaze sulfurate ca: hidrogenul sulfurat *(H2. S.)*, care atacă metalele din plombe şi coroanele dentare, sau să producă cu metalele, aflate în gură după fenomenele de electroliză, diferite reacţiuni şi combinaţiuni chimice ca sulfat al metalelor respective: sulfura de argint (S. Ag2), de mercur (S Hg2), de cupru (S Cu2) etc., cu efectele vătămătoare cunoscute mai sus.

4. *Coroanele şi protezele dentare* făcute din metale ordinare sau chiar nobile *(aur)* sunt şi ele atacate şi distruse în părţile lor triturante de către aceste combinaţiuni chimice (acizi şi baze); procesul distructiv va începe mai întâi prin atacarea directă a metalelor din aliaj (cor. şi lipituri) care sunt mai uşor supuse fenomenelor de oxidare (staniu, cupru, argint etc.) Prin atacarea acestor metale de exemplu de către acidul sulfuric hidrogenul sulfurat, hidratul de sodiu etc. se produce mai întâi o slăbire a puterii de legătură moleculară a metalelor adjuvante (cupru, argint, staniu) al căror rol este de a da o rezistenţă mai mare metalului de bază din coroanele dentare.

Odată cu acest proces distinctiv molecular se slăbeşte şi din proprietăţile de rezistenţă ale întregului aliaj, din care cauză, coroanele simple sau protezele dentare făcute chiar din metale nobile (aur) se toacă — distrug — în părţile lor triturante mai repede de cât timpul prevăzut de noi *(efectul energiei mecanice care este urmarea energiei electrice).*

Se mai observă, odată cu scăderea proprietăţilor de rezistenţă — duritate — a coroanelor (tocire) şi o schimbare în culoarea naturală a întregului aliaj şi chiar depozite colorate în verzui, gri murdare sau negricioase, mai mult în părţile care vin în atingere cu mucoasa sa gingivală. Aceste depozite — precipitate — metalice, din punct de vedere chimic sunt efectul depunerii clorurilor sau sulfurilor de argint, mercur, cupru în jurul plombelor amalgamice, pe coroanele (smaltul) dinţilor a căror plombă a căzut sau nu, dar mai ales pe coroanele dentare făcute din metale ordinare. Pe lângă aceste depozite colorate şi vătămătoare cavităţii bucale se mai observă: senzaţii anormale de gust metalic în gură mai ales dimineaţa la sculare, ce sunt datorite echilibrării ionilor metalici dela catod; şi o schimbare în culoarea mucoasei din spaţiile interdentare, gingivale, buco-jugale sau pe marginea limbii, din cauza depunerii şi înfiltrării acestor precipitale (combinaţiuni metalice) în mucoasa *(Lain).*

Protezele de cauciuc cu sau fără cârlige metalice în compoziţia cărora am văzut ce substanţe intră (cauciuc, sulf, oxid de zinc, colofoniu, celuloid, etc.) sunt uşor atacabile de acizii bucali, sulfurile metalelor respective sau chiar de lichidul salivar prea acid putând da naştere pe lângă o salivaţie prea abondentă, la iritaţiuni sau leziuni ale mucoasei buco-gingivale (gingivo-stomatite, plăci eritematoase etc.) şi jene, înţepături, arsuri care se transformă în dureri nevralgice surde, făcându-le prin aceasta de a nu mai fi purtate — suportate mai ales de persoanele în gurile cărora se mai află şi piese metalice (amalgame sau cor. metalice).

Procesele chimio-distructive, datorite mai ales fenomenelor de electroliză, pe lângă rolul lor ştiut asupra amalgamelor sau pieselor metalice, mai sunt însoţite şi de unele *fenomene iritativo-inflamatorii* asupra: a) *cavităţilor cariate a dinţilor* unde iritând pulpa şi terminaţiunile ei nervoase vor produce nevrite de natură toxică însoţite de dureri (nevralgii) dentare surde pe traectul nervilor în cauză (1); b) *mucoasei din spaţiile interdentare,* inflamând gingia care va deveni congestionată şi dureroasă, luând aspectul de papilită hipertrofică colorată în verzui, murdară sau negricioasă (după felul depozitelor metalice depuse); c) *coletelor dentare* producând gingivite marginale; d) *mucoasei buco-gingivale* din vecinătatea dinţilor plombaţi, îmbrăcaţi sau celor din jurul cârligelor metalice ale protezelor de cauciuc, unde vor produce leziuni iritativo-inflamatorii superficiale (gingivo-stomatite) care mai târziu se pot transforma în: procese distructive ale părţilor moi din jurul dinţilor (alveolize, paradentoze, pioreea alveolară) ducând la pierderea completă a dinţilor în cauză; sau leziuni cronice şi dureroase ce pot evolua cu uşurinţă spre leziuni epiteliomatoase ale mucoasei bucale obrazului sau a limbii, mai ales la persoanele în vârstă cât şi la acelea care neglijează regulele de higienă bucală şi abuzează de alimente acide, piperate, excitante, băuturi alcoolice, tabac etc. *(Ewing, Ullmann ,Solomon, Ganowsky etc.*[1]*).*

In cadrul fenomenelor iritativo-inflamatorii se mai observă şi *impresiuni de arsuri sau de înţepături* ce sunt însoţite de o oarecare *jenă penibilă* mai accentuată în spaţiile interdentare, ori pe mucoasa gingivală a colo unde secreţia salivară este mai abondentă (primii molari superiori şi dinţii antero-inferiori) şi piesele metalice (plombe sau coroane) sunt alăturate unele de altele, ori vin în contact antagonist sau unde protezele de cauciuc vin în atingere cu mucoasa buco-gingivală în vecinătatea căreia se mai găsesc plombe amalgamice sau coroane metalice.

Aceste impresiuni de arsuri sau de înţepături lente, cărora nu li se dau la început nici o importanţă, cu timpul se pot transforma într'o *senzibilitate adevărată a dinţilor sau a mucoasei gingivale* caracterizată prin dureri lente şi periodice *(nevralgii locale)* ocupând o porţiune cât mai întinsă dela locul cauzal, ceace face imposibilă purtarea mai departe a coroanelor sau protezelor cauciucate. *(Fenomene termo-electrice datorite intensificării curentului electric închis şi a reacţiei acide a lichidului salivar).*

Rezumând, putem spune:

Procesele fizio-chimice cu manifestările lor patologice asupra cavităţii bucale sunt efectul forţei electromotrice transformată în energie chimică, care datorită lichidului salivar acid se transformă la rândul ei în energie mecanică, producând pe lângă distrugerea plombelor, coroanelor sau protezelor dentare şi iritarea însoţită de fenomene inflamatorii acute sau cronice ale mucoasei buco-gingivale, care va avea ca rezultat distrugerea (stricarea) întregului edificiu dentar, precum şi a funcţiunilor aparatului digestiv. Acest proces distructiv şi inflamator va începe mai întâi prin oxidarea şi atacarea — distrugerea — metalelor ordinare care intră în compoziţia amalgamelor sau a pieselor dentare în urma cărora rezultă diferite combinaţiuni chimice (acizi, săruri şi baze) ce strică culoarea lor naturală şi se depun sub formă de precipitate (depozite) colorate în gri murdare, verzui sau negre în jurul dinţilor plombaţi sau îmbrăcaţi şi pe mucoasa buco-gingivală din vecinătatea lor. Procesul distructiv *(datorit combinaţiunilor şi reacţiunilor chimice plus lichidului salivar acid care accentuează executarea fenomenelor de electroliză şi combinaţiunile chimice)* va distruge — strica — legătura — coeziunea-moleculară a metale-

1) Revista Stomatologică No. f.936 pag. 236.

1) La Presse medicale No. 17.II.938 pag. 315.

lor al căror rezultat este dislocarea plombelor de pereţii dinţilor cariaţi, sau tocirea părţilor triturante ale coroanelor dentare înainte de timpul prevăzut de noi. Odată cu procesul distructiv se mai observă şi unele fenomene iritativo-inflamatorii de către metalele toxice (plumb, mercur, cupru, etc.) şi microbii cavităţii bucale asupra: a) pulpei dentare şi a terminaţiunilor ei nervoase *(nevralgii dentare);* b) a spaţiilor interdentare *(papilite hipertrofice);* c) a mucoasei gingivale — jugale sau bucale — din jurul plombelor sau a dinţilor îmbrăcaţi *(gingivo-stomatite);* d) a părţilor exterioare dinţilor în cauză *(alveoliză-pioreea alveolară)* şi chiar a mucoasei buco-linguale caracterizată la început prin leziuni superficiale ce pot degenera mai târziu în leziuni maligne epiteliomatoase. Toate aceste fenomene (chimiomecanice) cât şi manifestările lor patologice de mai sus se observă mai ales la persoanele în gurile cărora se găsesc plombe amalgamice, coroane metalice cu un potenţial electric diferit, lichidul salivar acid, care nu-şi îngrijesc dinţii cariaţi (stricaţi) şi nu respectă regulele de higienă buco-dentară, etc.

Tratamentul acestor manifestaţiuni patologice este: preventiv şi curativ.

Preventiv: a) *cunoaşterea* compoziţiei amalgamelor sau a aliajelor metalice necesare plombelor şi protezelor dentare; b) *evitarea* pe cât se poate a întrebuinţării metalelor al căror potenţial electric este ridicat (cele ordinare: paladium, randolf, Wipla etc.). precum şi a plombelor amalgamice cu baze de cupru sau argint, care sunt uşor atacate de mediu bucal acid; c) *utilizarea* în practica dentară a metalelor nobile (aur) şi cu excepţii rezervate pentru cele seminobile (ergo, paliag, frontgold) şi a plombelor amalgamice cu bază de argint sau cupru; d) *cunoaşterea* reacţiei lichidului salival şi a stării locale a cavit. bucale în ceace priveşte integritatea anatomo-fiziologică a mucoasei: e) *depistarea* cât mai din vreme a afecţiunilor care sunt în legătură cu starea generală a organismului (maladii diattezice, hepatice enterale, renale etc.) şi ar contribui la o schimbare a echilibrului biologic al mediului bucal; f) *recomandarea* aplicărilor cu strictetea regulelor de higienă buco-dentară de cel puţin de 2 ori pe zi; g) *constituirea* unui regim alimentar sărac în elemente care ar putea da nastere la fenomene de fermentaţii acide în tot traectul tubului digestiv, etc.

Curativ: a) *în reducerea la minimum de intensitate a curentului electric şi a producerii fenomenelor de electroliză în cavitatea bucală* prin suprimarea sau reducerea pe cât se poate a polimetalismului bucal, pentru a avea în gură un singur fel de metal sau cel puţin două, însă cu un potenţial electric cât mai mic — slab — sau cel puţin egale între ele (aur simplu; aur cu ergi sau paliag; erog, paliag, frontgold etc. sin gur; b) *neutralizarea* aciditătii lichidului salivar şi împiedicarea fenomenelor de electroliză prin aplicarea regulelor de higienă bucală, gargarisme cu soluţii alcalino-bicarbonate — Wichy — şi regimuri alimentare speciale; c) *scoaterea şi înlocuirea* plombelor amalganice cu bază de cupru sau argint prin cele de aur sau platină, ciment sau porcelan, acolo unde mai sunt coroane sau proteze dentare făcute din metale ordinare sau chiar nobile; d) *scoaterea* coroanelor sau a protezelor dentare vechi şi stricate sau pe cele făcute din metale ordinare şi înlocuirea lor prin altele noi cu un potenţial electric mai slab sau cel puţin egal între ele; e) *scoaterea plombelor amalgamice* şi a coroanelor metalice făcute din metale ordinare în gurile unde există o reacţie acidă a lichidului salivar, sau proteze amovibile de cauciuc cu sau fără cârlige metalice şi înlocuirea lor cu plombe sau coroane făcute din metale nobile (aur) sau proteze parţiale sau totale de cauciuc bun (coralix) ale căror cârlige să fie făcute din metale nobile; g) aplicarea regulelor de higienă buco-dentară şi a regimului indicat mai sus, etc.

BIBLIOGRAFII

Greffons et lambeaux cutanés. Leurs applications aux pertes de substance du visage par **Marcel Parant**, Assistant de Stomatologie à l'Hôpital de la Pitié. Préface de **M. le Médecin Colonel Bercher**, Chirurgien des Hôpitaux Militaires, Médecin-Chef de l'Hôpitaux d'Instruction du Val-de-Grâne. *Librairie Maloine.* 1 vol. 128 pagini, 98 figuri . . . . . 40 fr.

Acest volum constitue prima lucrare în limba franceză referitoare la toate modurile de autoplastii cutanate.

Pentru prima oară este realizată o clasificaţie complectă asupra: Grefelor pielei libere, a alunecărilor, a lambourilor pediculo-tubulate sau nu.

Autorul a putut să se pună în raport cu cei mai mulţi chirurgi francezi, ce se ocupă cu chirurgia plastică şi aduce în această lucrare nu numai rezultatul experienţei lor personale, ci şi tot ce s'a scris până în prezent asupra grefoanelor şi lambourilor cutanate.

Fiecare technică este descrisă complect şi ilustrată cu numeroase figuri.

Este vorba nu numai de o lucrare teoretică ci şi de una eminamente practică, care va fi consultată cu profit de toţi cei ce aplică grefe.

Travaux pratiques et démonstrations de Pharmacodynamie par L. Dautrebande, professeur de pharmacodynamie et de pharmacologie, à la Faculté de médecine de Liége, **E. Philippot**, chef de travaux, **F. Nogarède** et **R. Charlier**, assistants. Un volum de 134 pagini cu 56 figuri . . 35 fr.

Technice experimentale. Modificatori ai respiraţiei. Sinusul carotidian. Acţiunea digitalei.. Dosagii biologice ale preparatelor de digitală. Anestezice generale şi locale. Sistemul nervos autonom, general. Vasoconstrictoare şi vasodilatatoare. Modificatori ai contracţiunei cardiace. Sensibilizare. Acţiunea câtorva toxice asupra sistemului cardiovascular al fibrei musculare. Modificatori ai contracţiei uterine. Modificatori ai diurezei. Antidotism. Determinarea toxicităţei arsenobenzenilor. Antihelmintice. Oxigenoterapie şi carboterapie. Identificarea diverselor substanţe chimice şi medicamentoase. Gazele de luptă.

Acestea sunt capitolele acestei valoroase lucrări.

Les Platres a extension. Appareillages pour la reduction, l'extension continue et la contre-extension platrées des fractures. par **Georges Rieunau** (de Toulouse).

Această lucrare este o revistă generală schematică a metodelor clasice de reducere şi extensiune continuă a fracturilor. El este, în special expresiunea lucrărilor originale ale autorului referitoare la aparatele tractoare şi tratamentul fracturilor diafizare prin ghipsuri şi extensiune, cari unesc într'un acelaş aparat avantaiele contenţiunei gipsate cu acelea ale extensiunei continue transosoase.

Etude morphologique et biologique sur les flagelles intestinaux parasites des murides. Etude comparative des flagellés de Cobaye par **Leon Morenas** (Annales de l'Universite de Lyon) *Masson et Edifeurs.* Un volum de 220 pagini . . . . . 60 fr.

Această lucrare abordând un subiect care a făcut obiectul a o serie mare de cercetări, ar fi putea considerată ca inutilă dacă fapte noui nu i-ar fi dat un caracter de actualitate. Deoparte este viul interes pe care-l prezintă desvoltarea parasitismului flagelat la om în ţările noastre, cu discuţiunile încontinuu deschise asupra specificităţii anumitor paraziţi, de altă parte observaţiunile recente referitoare la biologia lor, încă puţin cunoscută. Partea biologică a acestei lucrări este destinată să stabilească anumite fapte controversate şi să aducă unele date noui.

PIPÉRAZINE MIDY

(Granulată efervescentă)

ANTI-URICUL TIP

THIODÉRAZINE MIDY

(injectabilă fiole 5 cc.)

TRATAMENT GENERAL AL REUMATISMULUI CRONIC

THIODACAÏNE MIDY

(fiole 20 cc.)

TRATAMENT LOCAL AL DURERII REUMATICE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

FARMAKO

Laborator de produse chimico - farmaceutice.

Dizolvant energic al acidului uric şi al uraţilor, pe bază de dietilendiamină.

UROPURIN „FARMAKO"

granule efervescente

Diateza urică şi artritică, reumatism acut şi cronic, arterioscleroza, hipertensiune.

1 ling. de ceai la ½ pahar cu apă de 2—3 ori pe zi.

Preparat policalcic perfect asimilabil, asociat cu Vitamina D.

FARMACALCIN „FARMAKO"

granule

Compoziţie: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan şi **vitamina D.**

Indicaţii: demineralizare, pre-şi tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofilie, astenie, convalescenţă, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulţi 3 – 4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.
Copii 1—2 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.

Gust plăcut.
Flacoane originale.

MAGNOIOD „FARMAKO"

fiole

Compoziţie: Iodură de sodiu şi thiosulfat de magnezie.

Indicaţii: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite ateromatoase, bronşite subacute şi cronice, emfizem pulmonar, astmă, nevralgie, sciatică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cutii cu 6 fiole de 5 şi 10 ccm.

„FARMACO" Laborator de produse chimico-farmaceutice

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă
pe cale bucală
Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID
Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE
Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei
Complicaţiuni

STREPTOCOCIE
Erisipel — Infecţiune puerperală post-partum şi post-abortum
Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adult :	6 — 10	comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani:	3 — 5	" " "
" " 2 — 5 " :	1 - 3	" " "
Sugaci:	1/2 — 1	comprimate " "

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III
Telefon: 2.11.78.

CHOLERETIC
DESENSIBILIZANT
DIURETIC

DYCHOLIUM

Acid dehidrocholic

TOATE INSUFICIENŢELE HEPATICE
ICTERE
LITIAZE BILIARE
MIGRENE
OLIGURII

Prezentare : Cutii cu 6 fiole de 5 cc. conţinând 1 gr. de dehidrocholat de sodiu de fiolă.
Tuburi cu 20 comprimate de 0,30 gr. de acid dehidrocholic.

Posologie : 1 la 2 gr. în injecţii intravenoase fiecare zi sau la câte două zile.
2 la 6 comprimate pe zi, repartizate la începutul meselor, în perioade de zece zile.

98, Rue de Sèvres, 98 **THÉRAPLIX** PARIS-7e - Ségur 13-10

Propagande medicale: «THERAPLIX» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

TRATAMENTUL MEDICAL IN MEDIUL RURAL

de Dr. ZAHARIA MILOTINOV
Topolog-Tulcea

Ingrijirea bolnavilor în mediul rural reprezintă o problemă foarte importantă atât din punct de vedere social, cât şi din punct de vedere terapeutic.

Pe lângă condiţiunile grele de asistenţă medicală a locuitorului rural, mai apar şi alţi factori ce influenţează defavorabil asupra mersului şi efectului terapeutic în îngrijirea diferitelor afecţiuni.

In majoritatea cazurilor aceşti factori sunt:

Indiferenţa cu care este privită la început de către locuitorul rural orice afecţiune şi aşteptarea vindecării spontane a afecţiunei, agravarea stării morbide prin administrarea mijloacelor de medicaţiune empirică, ezitarea de a apela la ajutorul medicului din diferite consideraţiuni după împrejurări şi condiţiuni locale de asistenţă medicală, sustragerea locuitorului dela un tratament de lungă durată, pretinzând efectul cât se poate de rapid a tratamentului medical aplicat.

Analizând motivele ce determină pe locuitorul rural de a avea această atitudine, constatăm că ele depind de următorii factori:

1. Starea culturală a locuitorului,
2. Starea lui materială,
3. Valoarea şi prestigiul medicului.

In linii generale, locuitorul rural are o mentalitate uşor explicabilă, prin aceea că pretinde unui medic rural absoluta cunoştinţă a cazurilor de diferite afecţiuni şi din toate domeniile medicinei şi reuşita aproape obligatorie a tratamentului aplicat.

In consecinţă, intervine o luptă perseverentă a medicului pentru propaganda culturală, cu scopul de a câştiga încrederea locuitorului şi a-l smulge din ghiarele empirismului, ridicându-şi valoarea medicală personală printr'o muncă persistentă, conştiincioasă şi desinteresată.

In sensul acesta de luptă şi propagandă joacă un rol considerabil nu numai intervenţia şi atitudinea medicului, dar şi rapiditatea efectului şi eficacitatea mai mult sau mai puţin sigură a mijloacelor terapeutice aplicate.

Afecţiunile patologice acute, afară de boli contagio-infecţioase, de cea mai mare frecvenţă şi importanţa lor din punct de vedere a mortalităţii, ce lovesc masa rurală, se poate împărţi în trei grupe:

1. Afecţiuni septice şi inflamatorii (externe),
2. Afecţiuni broncho-pulmonare acute şi
3. Afecţiuni gastro-intestinale acute.

In cazurile de infecţie septică, artrită traumatică, periostită traumatică, procese inflamatorii cu tendinţă spre colecţiune purulentă, cazuri ce se ivesc des în mediul rural, în urma diferitelor accidente, unele preparate chimio-terapeutice prezintă în practica medicului rural un colaborator de valoare pe teren medico-social.

In asemenea cazuri, când de multe ori consultul medicului este cerut odată cu apariţia unui simptom ce alarmează pe bolnav, deci într'un stadiu înaintat de boală, şansa de vindecare desigur se diminuiază şi timpul tratamentului se măreşte.

In acestă ordine de idei, luând în consideraţie frecvenţa accidentelor urmate de diferite complicaţiuni septice, cari în majoritatea cazurilor duc la o incapacitate de muncă pe interval de timp destul de apreciabil, sau chiar la un sfârşit fatal, credem că aceste preparate chimio-terapeutice ar trebui să intre în rândul medicamentelor cu cari se înzestrează dispensariile rurale.

Sunt însă şi unele afecţiuni destul de dese, aproape specifice mediului rural, unde intervenţia terapeutică se bucură de o eficacitate relativă. Condiţiunile de viaţă a locuitorului rural şi starea lui materială sunt factori principali şi determină această stare. Printre aceste afecţiuni putem enumera: broncho-pneumoniile şi gastro-enteritele acute. Importanţa lor din punct de vedere al morbidităţii şi al mortalităţi este indiscutabilă. Lăsând la o parte consideraţiunea că aceste afecţiuni sunt sezoniere şi analizând numai mortalitatea în cursul unei epidemii de rujeolă din mediul rural, rămânem surprinşi de frecvenţa diagnosticului de deces: broncho-pneumonie.

Mijloacele terapeutice pentru această afecţiune, pe cari le putem utiliza ca cele mai accesibile în mediul rural (ventuze, cataplasme de muştar, băi călduţe, etc.), prezintă aşa de puţine şanse de reuşită că par a fi simple încercări dacă luăm în consideraţie şi tehnica lor de aplicare. Medicul rural, cu toată bunăvoinţa lui de a interveni, nu reuşeşte, în cele mai multe cazuri, să-şi împlinească rolul decât prin fixarea diagnosticului.

Ori, pe lângă cazuri izolate sezoniere dezastruoasa mortalitate ce aduce după sine epidemia de rujeolă în urma complicaţiunilor bronco-pulmonare, ridică chestiunea dacă n'ar fi necesare unele măsuri de egală valoare de combatere ca şi în alte afecţiuni de interes social. Incontestabil, mijloacele de luptă sunt mult mai reduse, însă analizând posibilitatea de îngrijire medicală, s'ar putea rezolva această problemă, nu chiar în întregime, dar totuşi în proporţie destul de simţitoare. De vreme ce arsenalul terapeutic posedă unele medicaţiuni de eficacitate evidentă pentru aceste afecţiuni, de ce populaţia rurală să fie abandonată la propriile ei forţe în luptă cu această gravă complicaţiune, mai cu seamă în anotimpurile reci? Mijloacele de profilaxie fiind inexistente, cele terapeutice ar trebui să fie aplicate în aceeaşi măsură ca şi pentru orice boală contagio-infecţioasă. Dispensarul rural ca post de prim-ajutor ar trebui să pună la dispoziţia sătenilor preparatele terapeutice cu eficacitate remarcabilă pentru afecţiunile inflamatorii şi broncho-pulmonare. Ex.: antiphlogistin, transpulmin, prontosil, etc.)

In afecţiunile gastro-intestinale acute ale populaţiei infantile, tratamentul fiind în strânsă legătură cu alimentaţia, rolul medicului se schimbă, întrucât pe lângă administrarea terapeutică se cere şi un regim alimentar special pe care de multe ori sau e greu de aplicat sau e greu de impus. Această problemă de mare importanţă socială s'a rezolvat în mare parte prin înfiinţarea dispensarelor de puericultură, totuşi importanţa regimului alimentar nu este admisă încă în întregime de către mamele copiilor. Inconştienţa şi sentimentul rău înţeles de mamă, cedează la capriciile copiilor, desconsiderând de multe ori prescripţiile dietetice atât de necesare în aceste afecţiuni. Pe lângă acestea condiţiunile sociale şi economice ale populaţiunei rurale contribue şi ele în defavoarea tratamentului dietetic. Mama copilului muncitoare la câmp, istovită fiziceşte mai cu seamă în zilele de vară, schimbă regimul de alimentare şi de viaţă a copilului. Deci în astfel de condiţiuni faţă de afecţiuni gastro-intestinale, cu toate că există posibilitate de a interveni prin mijloace terapeutice, regimul alimentar defectuos creat prin anumite condiţiuni de viaţă a locuitorului rural, acţionează defavorabil asupra mersului boalei. Instituirea cu eficacitate a treapeuticei şi profilaxiei în aceste afecţiuni, legate strâns de condiţiunile şi felul de alimentaţie, rămâne o problemă socială şi culturală greu de rezolvat pentru populaţia rurală.

Insistând asupra mijloacelor terapeutice în afecţiuni septice şi inflamatorii, broncho-pulmonare acute şi gastro-intestinale acute, ne-am bazat pe frecvenţa acestor afecţiuni în mediul rural şi importanţa lor din punct de vedere a mortalităţii, credem că dispensarul rural, deservind mai mult cauza socială, ar trebui să posede şi arme corespunzătoare eficace şi moderne.

LIMITAREA NUMARULUI DE STUDENȚI ADMIȘI IN FACULTAȚILE DE MEDICINA MAI POATE CONTINUA?

de Prof. Dr P. TOMESCU

După ideea eronată a pletorei medicale, în care s'a crezut până acum câțiva ani, toată lumea este convinsă azi că România nu are numărul de medici de care o populație de 20 de milioane de locuitori are neapărată nevoe.

Situația actuală și mai ales cea din viitor, se datorește în parte, faptului că Facultățile noastre de medicină au un randament limitat, din cauza împrejurărilor.

Imediat după război, prin faptul că Universitățile noastre și-au suspendat timp de doi ani activitatea, au avut un mare aflux de studenți. Am cunoscut atunci seriile de 500, 600 și chiar 1000 de elevi în anul I al Facultății de Medicină din București.

Profesorii s'au sesizat repede că erau în imposibilitate să asigure un învățământ efectiv unui număr atât de mare de studenți, în primul rând din cauza lipsei mijloacelor materiale: clinicele și laboratoarele fiind cu totul insuficiente.

Pentru ameliorarea acestei situații, nu erau decât două soluții:

a) *Reorganizarea și mărirea până la triplare, a clinicelor și laboratoarelor;* sau

b) *Reducerea numărului de studenți în Facultate.*

Neputându-se realiza prima soluție, s'a aplicat a doua, Universitatea punându-se de acord cu Ministerul Educației Naționale asupra oportunității măsurei ce s'a luat.

Pentru prima oară s'a limitat numărul studenților înscriși în anul I la Facultatea de Medicină din București la începutul anului școlar 1928—29.

Pentru a judeca situația în cunoștință de cauză vom da, numărul studenților înscriși în anul I dela 1919 până la 1938 inclusiv:

1918—19	467	studenți înscriși
1919—20	657	studenți înscriși
1920—21	1048	» »
1921—22	520	» »
1922—23	456	» »
1923—24	511	» »
1924—25	448	» »
1925—26	390	» »
1926—27	641	» »
1927—28	482	» »
1928—29	273	» »
1929—30	225	» »
1930—31	202	» »
1931—32	253	» »
1932—33	237	» »
1933—34	277	» »
1934—35	259	» »
1935—36	160	» »
1936—37	237	» »
1937—38	215	» »
1938—39	204	» »

Pentru a putea aprecia rezultatul numeric al învățământului medical la Facultatea din București, dăm mai departe, numărul absolvenților între anii 1923 — 1939:

1923—1924	311	Absolvenți
1924—1925	481	»
1925—1926	306	»
1926—1927	209	»
1927—1928	411	»
1928—1929	292	»

Pentru anii 1929—1930 și 1930—1931 nu avem date precise și concludente, de oarece au fost ani de trecere de la un regulament la altul.

1931—1932	106	Absolvenți
1932—1933	215	»
1933—1934	145	»
1934—1935	158	»
1935—1936	143	»
1936—1937	126	»
1937—1938	160	»
1938—1939	134	»

Prin urmare măsurile restrictive la înscriere, a dus la o scădere importantă a absolvenților Facultății.

Interpretând cifrele de mai sus, vom reține că în curs de șease ani școlari, între 1918 și 1923 au fost admiși în Facultatea de medicină din București — 3659 studenți.

Dintre aceștia, au absolvit Facultatea în anii 1923—1929, un număr de 2110.

Vom compara aceste cifre cu numărul studenților înscriși sub regimul restrictiv.

Astfel în șease ani școlari de la 1928 până la 1933 inclusiv, s'au înscris în Facultate 1487 studenți, dintre cari au absolvit-o 866.

In rezumat, cu sistemul înscrierei libere Facultatea noastră a dat țării, în curs de șease ani aproximativ, — 2110 medici.

Cu regimul limitării înscrierilor, în alți șease ani, a dat 866 medici.

Iată deci, un deficit de 1244 medici în șease ani, ceiace revine la aproximativ 207 medici pe an și la 2070 în zece ani.

Metoda dela București fiind aplicată și la Facultățile din Iași și Cluj, putem socoti, cu aproximație, că aceste două Facultăți, împreună, au refuzat un număr egal de studenți cu aceia din București.

Vom avea deci, în zece ani, un deficit de 4000 medici, față de numărul la care am fi ajuns, fără aplicarea măsurilor restrictive.

Credem că având acest număr de medici, problema de care ne ocupăm nu ar fi avut nici acuitatea, nici importanța ce are în prezent.

Desigur că ni s'ar putea întâmpina că am fi avut medici mulți, dar slab pregătiți.

La această obiecțiune am răspunde că nu am înțeles nici un moment că s'ar fi putut primi un număr mare de studenți fără mărirea clinicelor și laboratoarelor în raport cu nevoile unui învățământ rațional.

In orice caz, metoda aplicată timp de zece ani, a fost suficient experimentată pentru ca rezultatele ei obiectiv examinate, să ne ducă la concluziuni precise.

Bine înțeles că această problemă nu poate fi privită decât din punct de vedere al necesităților sociale și naționale, cari cer un număr cu mult mai mare de medici decât acela pe care îl avem.

De aceia credem că o singură concluzie se impune: Sistemul restrictiv în Facultăți nu mai poate fi continuat întrucât țara are nevoe de un număr de medici mult mai mare decât cel actual.

In acest caz, nu se poate recurge decât la prima soluție ce am amintit mai sus: *Reorganizarea și mărirea până la triplarea clinicelor și laboratoarelor.*

Este desigur, o soluție costisitoare, dar singura care poate remedia situația și care poate asigura în viitor, rezolvarea chestiunei sanitare în țara noastră.

Este elementar pentru a mai reaminti, că în afară de materialele pe cari le putem fabrica sau importa, serviciul sanitar românesc are nevoie de medici bine pregătiți și însuflețiți de sentimente patriotice.

Ori pentru pregătirea lor, este nevoe de lungi ani de studii și de o puternică organizație a învățământului.

* * *

In ultimul timp, personalități marcante din lumea didactică și medicală, s'au gândit că s'ar putea rezolva chestiunea lipsei de medici, prin instituirea a două categorii de medici: unii cu patru ani de studii cari vor practica medicina generală în mediul rural și alții, cu 6 ani de studii cari vor obține titlul de doctor și vor putea evolua, în raport cu însușirile și talentul lor.

Nu voim să discutăm în articolul de față, această idee, în contra căreia se poate aduce o argumentare serioasă.

Pentru moment ținem să arătăm că nu aderăm la ea, pentru motive pe care le vom desvolta într'un alt articol.

Dar, pe lângă argumentele ideologice, credem că divizarea învățământului medical în două cicluri,—nu simplifică de loc problema. Pentru a avea în primii patru ani de studii câte 5—600 studenți la fiecare Facultate, este nevoe de dublarea și chiar triplarea clinicelor și laboratoarelor.

Prin urmare, problema rămâne aceiași și în mod logic, soluțiunea nu poate fi alta.

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecţios.

In fermentaţiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic şi infecţios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDURER OS

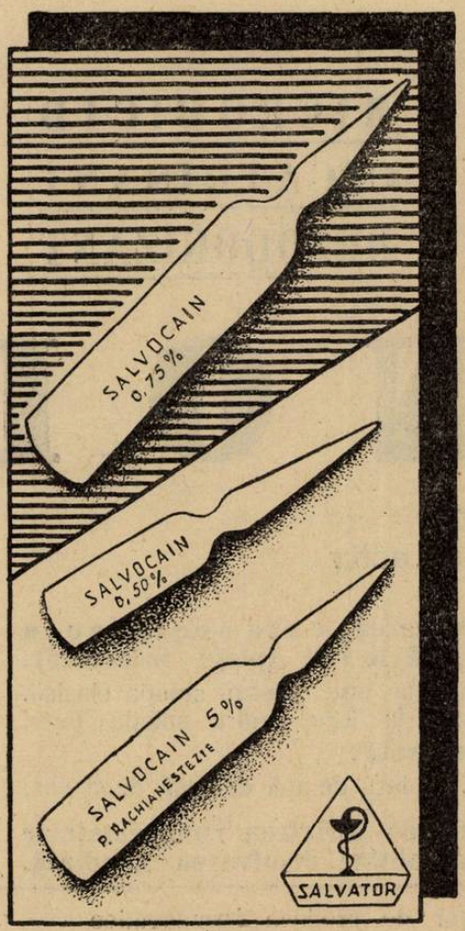
Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 $^{0}/_{00}$, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2—3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**



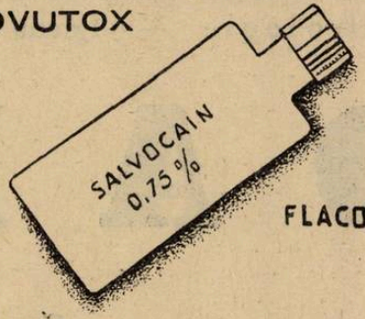
SALVOCAIN

CU ŞI FĂRĂ SUPRARENIN

STERILITATE INEPUIZABILĂ

DUPĂ PROCEDEUL NOVUTOX

1 NETOXIC
2 NEIRITANT
3 BACTERICID
4 HEMOSTATIC



FLACON

ANESTEZIC

LOCAL, REGIONAL ŞI LOMBAR

în toate ramurile chirurgiei.

INJECTABIL ŞI IN ŢESUTURI INFLAMATORII

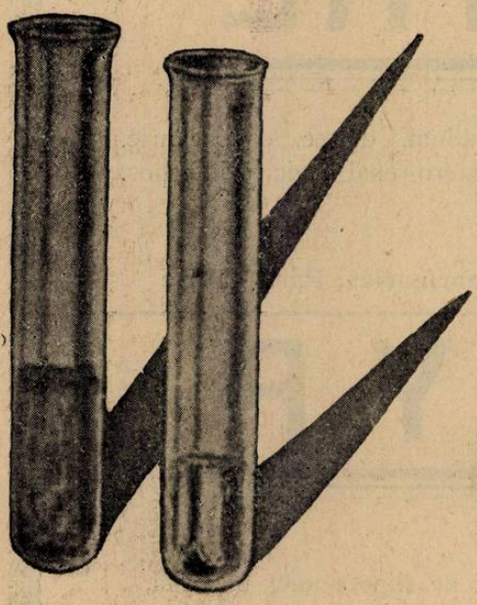
CONCENTRAŢII:

0,50/0, 0,75/0, 1/0
ptr. rachianestezie sol. 5/0
în fiole dela 3—100 cmc.

LABORATORUL „SALVATOR" BRAŞOV

Mostre şi literatură: M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli 21, Tel. 3.57.85.

IN CISTITE, PIELITE ŞI PIELONEFRITE



desinfectarea căilor urinare

prin

NEOHEXAL

1814 125 ANI 1939

Dr. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK

Bucureşti III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

Antisepsia organo-clorată netoxică preferabilă tuturor antisepticelor

Medicină generală — Chirurgie —
Ginecologie — Obstetrică —
Urologie — Igiena femeii —

MICROBICID
CICATRISANT
DEZODORIZANT

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20
Conţinând fiecare 0 gr. 0.21 clor activ

CONSERVABIL
MANIABIL
PORTATIV

Pentru prepararea extemporanee a soluţiunii DAKIN (plăgi infectate):
15 comprimate la litru pentru soluţia clasică.
20 comprimate la litru pentru soluţia forte.
Posologie generală:
2—12 compr. la litru de apă călduţă, după caz.

N. B. Se recomandă strivirea comprimatelor pentru a obţine disolvarea imediată.

Reprezentanţă exclusivă: **„SPEPHAR"** — Laborator de produse farmaceutice
MARCEL HOTT — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III.
Telefon: 2.11-78.

De aceia credem urgent necesar ca Facultăţile să examineze chestiunea restricţiunei înscrierilor, în lumina nevoilor sanitare ale ţărei.

Ca o concluzie logică a acestei examinări, propunem să se renunţe la sistemul actual, admiţându-se cât mai mulţi elevi.

Pentru a le asigura o bună instrucţie medicală şi posibilităţi de desvoltare, laboratoarele şi clinicele vor trebui reorganizate şi mult mărite.

Cum aceste transformări urmează să se facă în curs de şease ani, efortul material eşalonându-se în timp, credem că va fi posibil.

BIBLIOGRAFII

La pyrétothérapie par Charles Riche Jean Surmont et Pierre Le Go, *Masson et C-ie, Éditeurs.* Un volum de 192 pagini cu figuri . . . . . 50 fr.

Această lucrare este o completă punere la punct a acestei metode terapeutice, de mare utilitate în unele maladii.

După un istoric rapid, autorii indică bazele fiziologice, bacteriologice şi experimentale ale acestei metode. Fiziologice, căci după cum arată, una este fiziologia omului de 37°, alta la 40°, căci când această temperatură este atinsă, omul prezintă o apărare mai activă contra maladiei. Bacteriologice deoarece anumiţi agenţi patologici: treponema şi gonococul sunt termolabile şi la temperaturi neletale, virulenţa lor este diminuată. Experimentale fiindcă numai căldura sau aceasta asociată cu chimioterapia vindecă un anumit număr de afecţiuni experimentale.

Intr'o a doua parte divide Piretoterapia în: activă şi pasivă.

A treia este consacrată asupra rezultatelor obţinute de dânşii şi de diferiţi autori. Ei studiază întâi blenoragia, arătând acţiunea aproape specifică a căldurei asupra complicaţiunilor articulare şi orchidiene, apoi acţiunea asupra pelviperitonitelor. Ei abordează apoi tratamentul sifilisului şi arată că asociaţia dintre pireto şi chimioterapie este superioară numai chimioterapiei. Apoi insistă asupra tratamentului sifilisului nervos, P. G., tabes, arătând indicaţiunile şi contraindicaţiunile acestei metode.

Indică apoi utilitatea acestei metode în chorea gravă, în scleroza în plăci, algii, psichoze, etc., precizând afecţiunile în care această terapeutică trebue să fie pusă în acţiune şi acelea în care ea este inoperantă. Ei insistă asupra piretoterapiei în artritele acute, subacute, infecţioase, diatezice.

Pentru autori, viitorul metodei este bazat în primul rând pe asociaţia dintre ea şi chimioterapie.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Catalogul colecţiei de culturi microbiene a Institutului Cantacuzino

De curând a apărut ediţia a II-a a acestui interesant şi foarte util catalog, sub îngrijirea d-rei dr. Silvia Stamatescu, şeful serviciului colecţiei de microbi şi d-nei dr. Nina Sturza, preparatoare în acelaş serviciu.

Ediţia I-a a Catalogului a apărut în Martie 1937 sub îngrijirea d-nei doctor C. Combiescu.

Catalogul cuprinde tulpinele microbiene existente în colecţia Institutului Cantacuzino până la data de 15 August 1939.

Pentru o mai complectă informaţie a cititorilor noştri, reproducem Prefaţa acestui catalog:

«Deoarece numărul tulpinelor microbiene din colecţia noastră s'a mărit, pe de o parte, iar pe de alta am adăogat colecţiei şi o serie de ciuperci inferioare mai importante din punct de vedere medical, Direcţia Institutului de Seruri şi Vaccinuri «Dr. I. Cantacuzino» a socotit necesar reeditarea catalogului nostru completat. In alcătuirea acestei noui ediţiuni ne-am condus după clasificaţia lui Topley, adică am adoptat nomenclatura recomandată de primul comitet american (Winslow 1920), cu mici modificări. Astfel pneumococul a fost introdus la genul Streptococ. Am adoptat apoi un gen nou al Brucellelor, din familia Bacteriaceelor şi am rezervat Salmonellelor o grupare specială; iar microbii din genul Erytrobacillus i-am trecut în grupa Chromobacteriilor. Dăm la sfârşitul Catalogului o schemă a acestei clasificaţiuni.

Repetăm rugămintea noastră formulată încă în prima ediţiune a acestui Catalog şi anume. In dorinţa de a completa această colecţie rugăm pe toţi cercetătorii să ne trimită tulpini noui identificate pentru control şi păstrare. Pe cât posibil, tulpinile noui trimise să fie însoţite de informaţii relativ la data izolării, produsul patologic din care au fost izolate, indicaţii clinice şi epidemiologice, etc. Serviciul Colecţiei va avea bine înţeles latitudinea să decidă dacă tulpinele trimise au suficientă importanţă pentru a fi păstrate în colecţie.

In acelaş timp, rugăm pe microbiologiştii din ţară cari vor utiliza acest catalog, precum şi tulpinile păstrate de noi, să binevoiască a ne indica ce anume specii microbiene îi interesează în particular, pentru ca în cazul când ne-ar lipsi să ni le procurăm din colecţiile similare străine».

Balneologia Românească.

Revista «Iaşul Medical», a dedicat ultimul său număr Balneologiei româneşti.

In fruntea acestui număr, d.Profesor dr. *Gh Tudoranu,* directorul Institutului de cercetări balneo şi climato-terapice, de pe lângă Facultatea de Medicină din Iaşi, publică o interesantă introducere, din care reproducem următoarele pasagii:

«Cred că nu exagerez dacă afirm că în Balneologie, mai mult decât în orice ramură a medicinei româneşti, se simte nevoia unei publicaţiuni, care să evidenţieze, pe deoparte, comoara neîntrecută de bogăţii balneo-turistice pe care le are ţara noastră, iar pe de altă parte, să pună la îndemâna publicului medical o serie de cunoştinţe, neînvăţate în Universitate.

Intr'adevăr, posibilităţile balneo-turistice din România nu pot fi egalate decât de acelea ale Franţei şi Germaniei, mai ales prin anexările recente. Bineînţeles că această comparaţie, se referă mai mult la virtuţile terapeutice ale staţiunilor noastre balneare şi mai puţin la confortul din ele, noi făcând reale progrese, numai pentru câteva staţiuni mari.

Apele minerale româneşti şi turismul, sunt doi factori cari rămân să fie puşi în valoare, de acum înainte, aşa cum se cuvine, şi cum o merită toată bogăţia lor.

In privinţa staţiunilor balneare şi posibilităţilor de cură balneo-terapice, nu numai că nu ne lipseşte nimic, dar avem lucruri cari încep să fie apreciate şi de străini, cum e litoralul Mărei Negre, cu o admirabilă expunere la soare şi fără curenţi de aer.

Un alt avantaj al Staţiunilor şi posibilităţilor noastre de cură hidro-minerale, este că aproape toate aple au fost studiate experimental de cele trei Institute Balneologice din ţară, lucru care constitue un punct de onoare pentru aceste Institute şi conducătorii lor.

Turismul, la noi este abia la început, el trebuie să ia o desvoltare ca şi în apusul Europei, având în vedere variaţia şi bogăţia peisagiului de munte şi mare.

Un scriitor care ne-a vizitat ţara, spunea odată că privelişti ca în delta Dunării sau în Cheile râurilor de munte, nu se găsesc aiurea.

Bisericile frumoase din Bucovina sunt tot aşa de interesante prin arhaismul lor ca şi catedralele din apus.

Dar cum spuneam, staţiunile balneare şi turismul au nevoie de organizare.

Şoselele gudronate cari să lege regiunile mai importante balneo-turisti-

ce, hoteluri şi restaurante occidentale în aceste centre, iată ce trebue să facă mâna omului, pe lângă ceeace ne-a lăsat Dumnezeu.

Numărul revistei de faţă face cunoscut publicului medical câteva chestiuni ce se referă la balneologie. O parte din medicii din ţară n'au avut noţiuni de balneologie în Facultate, întrucât numai Facultăţile din Bucureşti şi Cluj au un învăţământ balnear.

Dar chiar dacă toate Facultăţile ar avea catedre de balneologie, totuşi publicarea unui număr rezervat balneologiei, la unison cu toate datele recente asupra Hydrologiei experimentale are o importanţă deosebită pentru publicul medical, care are ocazie de a se pune la curent cu toate noutăţile medicale, pentru tratamentul bolnavilor cari, din ce în ce, se îndreaptă mai mult spre Staţiunile balneare.

Evenimentele din afară şi restricţiile valutare fac ca publicul suferind să fie silit să-şi caute sănătatea în ţară. De aceea staţiunile noastre trebue să se organizeze aşa fel ca să atragă bolnavii, să le desvolte apetitul şi pentru cât mai multe sezoane, nu să-i alunge, cum se întâmplă în unele din staţiunile noastre balneare».

Al III-lea Congres Internaţional de Gastro-Enterologie

Societatea internaţională de Gastroenterologie organizează viitorul său congres la Londra între 15 şi 18 Iulie 1940.

S'a pus la ordinea zilei chestiunile următoare:

1. Raportul reciproc al turburărilor sanguine şi al turburărilor gastrice.
2. Ileita regională.

Raporturile pentru prima chestiune au fost încredinţate membrilor a două ţări: Italia şi Statele Unite ale Americei.

Gastroenterologii români cari doresc să devină membri ai Societăţei internaţionale de Gastroenterologie trebue să adreseze cererea lor d-lui profesor dr. *Haţieganu*, Preşedintele Comitetului Naţional al secţiei române — Cluj, str. Eminescu 8.

O lucrare de propagandă sanitară

D-rul *N. Vătămanu* a avut buna idee de a traduce şi publica o lucrare veche, dar mereu actuală a lui *Alfred Fournier:* «Pentru băeţii noştri când vor împlini vârsta de 18 ani».

Această publicaţie va fi un preţios auxiliar şi al profesorilor din învăţământul secundar, în acţiunea ce duc pentru profilaxia boalelor venerice.

Textul tradus, este precedat de un luminos portret al lui Alfred Fournier, scris de d. dr. N. Vătămanu.

Cu prilejul publicărei acestor lucrări, ţinem să subliniem frumoasa activitatea pe care d-rul N. Vătămanu o desfăşoară pe terenul popularizărei cunoştinţelor medicale.

Articolele sale, publicate în «Universul», pune la dispoziţia cititorului o serie de cunoştinţe folositoare, într'o formă foarte frumoasă.

D-rul Vătămanu realizează astfel o operă foarte utilă de informare, de instrucţie şi de orientare competentă şi obiectivă, a unui public numeros care simte nevoia de a şti cât mai mult în acest domeniu al sănătăţei.

Mişcare în personalul medical al Ministerului Sănătăţii.

Prin decretul regal Nr. 2.684 din 4 Iulie 1939, se face următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisiunea administrativă, ce funcţionează pe lângă acest minister, prin procesul-verbal Nr. 33 din şedinţa dela 30 Iunie 1939, şi anume:

D. dr. Kesim Grigore, actual medic definitiv al serviciului de desinfecţie, băi şi deparazitare de pe lângă serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă în interesul serviciului şi în aceeaşi calitate în postul de medic sub-şef al serviciului sanitar al Municipiului Bucureşti.

D. dr. Bocearov Gh., actual medic definitv al circ. VII-a urbană a Municipiului Chişinău, se numeşte definitiv în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării în postul de medic primar al jud. Neamţ.

D. dr. Catanchin Alexandru, actual medic definitiv al circ. cu spital Purcari, jud. Cetatea Albă, se numeşte definitiv, în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al judeţului Cahul.

D-ra dr. Macri Georgeta, actual medic primar definitiv, cu concurs, la secţia de boli contagioase a spitalului din Satu Mare, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic primar al secţiei de boli contagioase dela spitalu din Lugoj.

D. dr. Surugiu Simion, actual medic-şef definitiv cu concurs în specialitate al laboratorului de igienă din Tulcea, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic-şef al laboratorului de igienă din Cernăuţi.

D. dr. Calciu Dumitru, actual medic primar definitiv în specialitatea medicină internă la spitalul din Huşi, se transferă în aceeaşi calitate, în interes de serviciu, în postul de medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul «Elisabeta Doamna» din Galaţi.

NECROLOG

† D-rul C. VASILIU *)

Trista veste a morţii doctorului Vasiliu a impresionat profund şi a produs un adânc regret în Ministerul Sănătăţei. Ea a fost cu atât mai simţită, pe cât a fost de neaşteptată.

Prin pierderea doctorului Vasiliu, Ministerul se vede azi lipsit de unul din cei mai distinşi colaboratori ai săi — care prin priceperea, dragostea de aproapele şi devotamentul în serviciu, a făcut cinste Instituţiei pe care a servit-o mai bine de 30 ani.

Prin această muncă — pusă numai în slujba umanităţii — el şi-a cucerit pe drept rangul la care a ajuns, de conducător — medic administrativ sanitar — al Judeţului Romanaţi, Dorohoi şi din 1925 la jud. Iaşi.

A intrat ca medic de circumscripţie rurală în 1908 la Drăncenî (Râlciu) şi a dus până în 1922, când a fost numit medic primar de judeţ, munca şi dragostea sa de misionar sanitar în diferite regiuni şi spitale — Contribuind la alinarea atâtor dureri şi îndreptar al multiplelor probleme medico-sanitare din populaţia rurală.

In 1936 este distins de către Ministerul Sănătăţii cu gradul de Inspector General Sanitar, ca o justă răsplată a distinselor sale calităţi de medic şi adânc cunoscător al problemelor medico-sanitare.

Căci mai presus de activitatea sa ca om şi ca medic — Doctorul Vasiliu a fost dotat cu înalte calităţi sufleteşti — care l'a făcut iubit şi stimat de toţi cei ce l'au cunoscut.

Prin bunătatea sufletului său, a trecut în repetate rânduri peste amărăciunile vieţii, cu acea seninătate a omului ce-şi are conştiinţa curată — nefiind atins de acel defect al unora— de a parveni cu orice preţ.

Dar dacă moartea doctorului Vasiliu e o mare pierdere — viaţa sa trebue să ne servească de exemplu pentru toţi — oficialii şi neoficialii — de a ne face datoria şi numai datoria, prin muncă cinstită şi dragoste pentru binele neamului nostru.

Ministerul Sănătăţii se simte îndatorat de a înscrie în cartea sa de aur, pe acest distins colaborator.

Indureratei familii, aşa de puternic lovită, Ministerul Sănătăţii, prin glasul meu şi ca o slabă mângâere, îi prezintă condoleanţele sale; iar prietenilor şi mai ales colegilor săi, le prezintă pe doctorul Vasiliu ca exemplu de muncă, cinste şi devotament, pus în slujba ţării şi a Regelui său.

Să-i fie ţărâna uşoară şi amintirea veşnică.

Dr. TEODORESCU

*) Cuvântarea ţinută la înmormântarea D-rului C. Vasiliu, medic primar al Jud. Iaşi de D-l D-r. *Teodorescu*, Inspector General Sanitar, în numele Ministerului Sănătăţei.

THIONAIODINE
comprimate

Complex IOD-SULF-MAGNEZIU
asociat sărurilor de Lithină şi cu

VITAMINA B_1

Activează prin proprietăţile
antialgice şi neurosedative
ALE IODURULUI DE SODIU ŞI ALE IONULUI DE MAGNEZIU
catalitice şi trofice
ALE SULFULUI
uricolitice
ALE IONILOR DE Li
şi prin
remarcabila acţiune antinevralgică
a

VITAMINEI B_1

Toate algiile reumatismale
Reumatism cronic
Turburări ale nutriţiunii sulfurate
Bronşite cronice

Dela 4 până la 6 comprimate pe zi, la mese, să se înghită fără a le sfărâma

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS-ISSY-LES-MOULINEAUX-PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. - BUCUREŞTI I, Str. Sft. Ionică, 8

NOTIŢE TERAPEUTICE

Simptomele de carenţă feroasă şi tratarea lor

de Dr. HEILMEYER şi Dr H. PLÖTNER

Extras din Klinichc Wochenscsift 1935, No. 4

Pentru a clarifica întrebarea, dacă prin terapia cu fer se exercită numai un stimulent asupra măduvei osoase sau dacă are loc o restituire materială am făcut cercetări în Clinica medicală a Universităţii din Jena asupra schimbului intermediar de fer, cu o metodă nouă, care ne permite a doza cantitativ ferul din serul sangvin. Principiul acestei metode constă în precipitarea ferului din ser cu acid tricloracetic şi dozarea fotometrică cu ajutorul derivatului de a-Dipyrridyl. Cantitatea normală de fer sangvin am găsit-o variind între 80—150%, adică în medie 90 la femei şi 120 la bărbaţi. La toate anemiile bazate pe o carenţă feroasă am constatat o micşorare a ferului sangvin. Pe când la anemiile celelalte, deşi era o scădere a hemoglobinei cât şi a eritrocitelor, cantitatea ferului în ser nu era micşorată.

Paralel cu descreşterea serului sangvin la asideroze găsim şi o descreştere a acestui element în lichidul ţesuturilor şi deci un raport feros diminuat pentru celule. Şi totuşi, chiar în anemiile cele mai accentuate, bazate pe lipsă de fer, s'a constatat existenţa de depozite de fer, care însă nu pot fi folosite la constituirea hemoglobinei.

Dovadă că aceste simptome, care se manifestă nu numai în compoziţia sângelui, ci şi la aspectul pielei şi a mucoaselor, sunt o urmare a carenţei feroase, ne-o produce faptul că tratamentul cu preparate de fer înlătură aceste simptome.

Modificările sângelui în anemiile bazate pe carenţă feroasă sunt caracterizate prin: diminuare în intensitatea coloraţiei fiecărei globule, diminuarea volumului — planocitoza în locul megalocitozei de la anemia pernicioasă, descreşterea numărului leucocitelor şi colorarea foarte slabă a serului.

Celelalte simptome secundare sunt: părul fără luciu şi cu tendinţă pronunţată la cădere, pielea cu aspect uscat şi palid, deformarea unghiilor, glosita lui Hunter şi mucoasa bucală cu tendinţă pronunţată la sângerare. Deasemenea se constată deranjări accentuate ale secreţiunilor stomacale şi adesea hemoragii ale mucoasei rectale.

Adinamia ce acompaniază carenţa fieroasă cât şi extenuarea pronunţată nu le putem atribui numai anemiei, deoarece ele dispar după un tratament cu preparate feroase, chiar înainte de normalizarea elementelor sangvine.

1. *Anemiile cronice provenite din hemoragii.* — Se ştie că hemoragiile repetate produc pierderi de fer care nu pot fi acoperite destul de repede prin alimentaţie, dând loc prin aceasta la un cerc vitios, deoarece descreşterea ferului sangvin atrage după sine predispoziţia sângelui la hemoragii. Cantitatea de fer sangvin poate scădea în urma hemoragiilor mari chiar la 1/4—1/5 din doza normală. *Se recomandă deci un tratament de fer după orice hemoragie intensă.*

2. *Cloranemia achylică.* — Simptomele ei se aseamănă cu acele ale anemiei pernicioase. Ea este caracterizată prin faptul că ferul din alimente nu este asimilat şi rezorbit. Dacă administrăm unui sănătos 1 gr. de Fer, reduct, după 2—6 ore constatăm o creştere a ferului din serul sangvin. La un bolnav de cloranemie achilică această creştere lipseşte complect. Faptul că acest fel de anemie se întâlneşte mai cu seamă la femei, se explică prin pierderile în fer ce ele le au datorită menstruaţiei. In ineresul unei generaţii sănătoase se recomandă un tratament profilactic feros la fete în timpul pubertăţii.

3. *Anemiile infecţioase cronice.*—Infecţiile cronice ca: fistule, pielitide cronice, tuberculoză şi în deosebi reumatismul infecţios atrag după sine stări de anemie caracterizate prin coloraţia slabă a sângelui şi a serului. In vreme ce la hemoragiile acute scăderea cantităţii de fer în sânge se produce brusc, la infecţiile cronice această pierdere se produce treptat şi cu ea se dezvoltă şi sindromul anemic caracterizat prin: diminuare de volum a elementelor sangvine şi planocitoză, de obicei un tratament cu fer vindecă mai greu o anemie bazată pe o infecţie cronică, prin faptul că lipsa de fer există numai la măduva osoasă, ca în anemia pur feroasă, ci şi în locul unde există infecţia. De amintit este şi faptul că în aceste infecţii cronice avem deseori şi o gastrită cronică care face să fie dificilă asimilarea ferului din alimente.

Din aceste considerente rezultă necesitatea unui tratament intens cu preparate de fer în cazurile de anemie infecţioasă cronică. Variaţiile cantităţilor de fer în sânge ne pot servi drept indice diagnostic şi prognostic.

4) *Anemiile provocate de tumori.* — Foarte adeseori tumorile, chiar acele cari nu sângerează, produc o stare de anemie care se ameliorează vădit în urma unui tratament de fer. Doze masive de 3—10 gr. Ferrum reductum au fost administrate în cazuri de tumori. Starkenstein a arătat că numai ferul ionizat poate fi rezorbit şi că gastritele împiedică asimilarea normală a ferului din alimente cât şi din medicamentele administrate pe cale bucală. Aceste neajunsuri sunt îndepărtate prin administrarea preparatului de fer «CEFERRO» (Nordmark), care *conţine ferul în stare ionizabilă* şi care se poate aplica prin injecţii parenterale bine suportate.

Datorită acestui preparat s'a putut stabili, că fierul nu are numai o acţiune stimulentă asupra măduvei osoase, căci după administrarea injecţiilor de «CEFERRO» sporirea hemoglobinei este superioară cantităţii de fer injectate, adesea dublă. Trebue să admitem şi o stimulare a organelor unde ferul este depozitat.

Heilmeyer recomandă un tratament combinat de «CERFERRO» oral şi parenteral, administrând zilnic 10 mgr. fer intravenos şi cam 300 mg., de fer pe cale bucală. Prin această combinare el obţine rezultate excelente chiar în cazurile cele mai rebele, după cum citează unul de cloranemie achilică care nu cedase tratamentului feros obişnuit. Deasemenea un caz analog vechi de 10 ani, la care hemoglobina nu se ridică peste 60% şi care sub influenţa combinată a tratamentului cu «CEFERRO» se ridică în 34 zile la 96%.

Autorii remarcă de asemenea influenţa «CEFERRO»-ului asupra culoarei serului care de la primele injecţii se schimbă din galben deschis în galben auriu, coloraţie datorită creşterei bilirubinei din serul sangvin.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s. a.
Str. Logofătul Tăut, 99

Excitantul tonusului fibrelor musculare netede

Glanduitrin

FIOLE

Extract din lobul posterior de hipofiză.
Acțiune electivă asupra musculaturii uterine.
Remediu suveran în obstetrică.

Colutoid

Factorul hemostatic izolat din corpul galben.
Acțiune energică în hemoragiile genitale.
Tablete și fiole pentru injecțiuni.

In anemii de orice natură

introduceți în organism fier sub formă de sare feroasă (ferro) cea mai ușor asimilabilă și eficace

Ferroconstans

Nu irită stomacul!
Nu strică dinții!

3 ori pe zi, 1—2 tablete.

INDICAŢIUNILE HORMONULUI OVARIAN

PUBERTATE

Pubertate întârziată; Infantilism uterin; Hipomenoree; Oligomenoree; Dismenoree; Amenoree; Turburări menstruale.

MATURITATE SEXUALA

Sterilitate; Frigiditate; Obezitate; Turburări nervoase; Dermatoze prin hipo-ovarism; Reumatism endocrinian.

SARCINA

Vărsături de sarcină; Prematuri.

MENOPAUZA

Menopauză naturală; Castraţie chirurgicală; Castraţie radiologică; Prurit vulvar.

PREPARATE PE BAZĂ DE HORMON OVARIAN

HIPOFUNCŢIUNE OVARIANĂ UŞOARĂ

I. GYNOESTRYL

Picături: 50 picături pe zi.
Comprimate: 4 pe zi.

HIPOFUNCŢIUNE OVARIANA MEDIE

II. GYNOESTRYL 10

Fiole: 3—6 fiole de 10.000 U. I. pe lună.

HIPOFUNCŢIUNE OVARIANA GRAVĂ

III. GYNOESTRYL 50

Fiole: 3—4 fiole de 50.000 U. I. pe lună.

HIPOFUNCŢIUNE OVARIANĂ CU SIMPTOME NERVOASE

IV. SEDO-GYNOESTRYL

Soluţie: 50 picături pe zi.

Se va începe tratamentul 5 zile după sfârşitul regulelor sau după data lor presupusă şi se va înceta cu o săptămână înainte de menstruaţia următoare.

Laboratoires Dr. ROUSSEL — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei BUCUREŞTI III Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 19 — 10 Lei Exemplarul — 1 Octombrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239 43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Profesor Dr. P. TOMESCU şi Dr. SEBASTIAN CONSTANTINESCU: *Frecvenţa şi Profilaxia boalelor mintale de etiologie toxi-infecţioasă.* 245

Doc. Dr. I. STOIA şi Dr. H. I. STOIA: *Consideraţiuni anatomo-clinice şi terapeutice asupra Reumatismului cronic.* 249

Dr. RADU ANDREI: *Etuvele cari ne trebuesc* 251

Pagina

PROBLEME DE ORGANIZARE A INVĂŢĂMÂNTULUI MEDICAL

Dr. L. NISSIM: *Independenţa învăţământului universitar obstetrical.* 254

REVISTA CĂRŢILOR

Chiray et Chêne: Ptoses gastriques et coliques, recenzat de Dr. I. Pavel. 253

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Mişcarea populaţiei României în luna Aprilie 1939; Un institut pentru studiul alimentaţiei muncitorului şi altul de fiziologia muncii; † Fraţii Mayo; Concursuri pentru medici de specialitate la C. F. R. . . . 255

Concurs pentru medici de circumscripţie C. F. R. 256

Pagina

NECROLOG

† Prof. Agr. Dr. Gh. Severeanu, scris de General Dr. G. N. Giurea. 256

BIBLIOGRAFII

Dr. Al. D. Rădulescu: Tratat de ortopedie chirurgicală. Cluj. Tipografia «Cartea Românească», 1939. Un volum de 1000 pagini, frumos ilustrat 1200 lei.

Torantil

Preparat standardizat pentru tratamentul stărilor de intoxicaţie alergice şi intestinale

In tratamentul tuturor afecţiunilor consecutive unei funcţiuni de desintoxicare turburate sau slabe a peretelui intestinal.

Colită,
Colită ulceroasă,
Ulcer gastric,
Ulcer duodenal,
Astm bronşial,
Urticaria,
Coriză potenică,
Acnee.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Ambalaje originale: Flacon cu 20 drageuri.
Cutie cu 5 fiole Torantil + 5 fiole apă dist. steril.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.86; Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diftерică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

INFLAMAŢII ACUTE ALE BASINULUI

In tratamentul unor asemenea maladii ANTIPHLOGISTINE corespunde cerinţelor întrebuinţării glicerinei şi a căldurei umede pentru calmarea durerii, inflamaţiei şi a congestiei.

ANTIPHLOGISTINE

ca tampon vaginal, şi ca compresă aplicată pe regiunea stomacală, este extrem de eficace la

Salpingite Metrite
Cervicite Vaginite

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YOK. U. S. A.

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, Bucureşti I.

Hybridin „Henning"

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

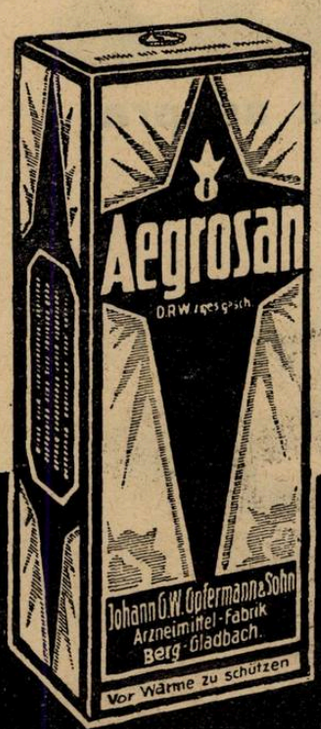
Toate afecțiunile inflamatorii ale plămânilor și bronchiilor. (Gripă, Pneumonie, Bronchectasie, etc.)

Fluidifică secrețiile. – Ușurează expectorația.

Fiole 1 cc. și 2 cc. intramuscular.

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

Fier-Calciu-Cupru



Mărește pofta de mâncare până la senzația foamei!
Nici o turburare digestivă chiar la sugari și bătrâni.
Conține fierul în singura formă activă: ferro.
Sugari: 1—20 picături în lapte, **copii:** 20—60 picături și **adulți:** 40—120 picături în lapte sau apă înaintea meselor. Fiecare carton conține o mensură. O diviziune = 20 picături.

Aegrosan

FERRO – CALCIUM – CUPRUM – SACCHARAT

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

Schering

Testoviron

Indicat la:

Stări de surmenaj intelectual,
Diminuarea forţelor fizice,
Insomnie,
Neuroze cardiace şi gastro-intestinale,
Hipogenitalism şi scăderea potenţei sexuale,
Hipertrofie prostatică

Testoviron
este un propionat de Testosteron în soluţie uleioasă, cunoscut în prezent ca forma cea mai activă a hormonului sexual masculin

Preparat pur de hormon sexual masculin

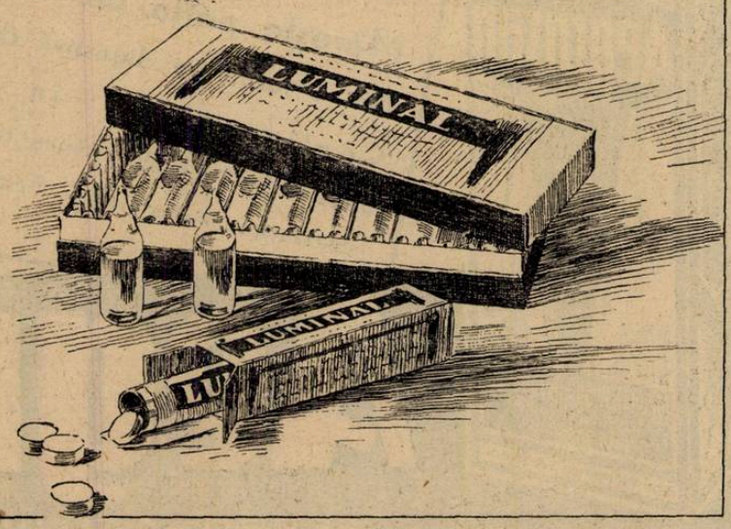
Hormon cristalizat dozat exact în miligrame

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

Luminal

Acţiune depresivă şi spasmolitică sigură asupra funcţiunilor centrului motric.

In epilepsie, eclampsie, tetanie, coree, stări de agitaţie, hiperemeza gravidelor, insomnie.



E. Merck
DARMSTADT

»Bayer«
LEVERKUSEN

»CHIMIROMAN«
Str. Th. G. Masarik 32

«ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53.
Sucursala Cluj, Calea Moţilor 18.

Anul XVII. No. 19 10 Lei Exemplarul 1 Octombrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

FRECVENŢA ŞI PROFILAXIA BOALELOR MINTALE DE ETIOLOGIE TOXI-INFECŢIOASA

de Profesor Dr. P. TOMESCU şi Dr. SEBASTIAN CONSTANTINESCU

In clinicele de specialitate ca şi în practica medicală curentă, se întâlnesc din ce în ce mai frecvent, sindrome mintale de etiologie toxică sau infecţioasă.

Acest fapt, cunoscut de multă vreme, credem că prezintă o deosebită importanţă practică.

De aceea am socotit util să aruncăm o privire generală asupra chestiunii boalelor mintale de etiologie toxi-infecţioasă, comentând faptele, în lumina concepţiunilor actuale ale Psihiatriei.

Dela început trebue să arătăm că în afară de agentul vulnerant infecţios sau toxic, fie că e vorba de o exotoxină sau de o autointoxicaţie, *terenul* joacă un rol important în apariţia unei boale mintale de etiologie toxi-infecţioasă.

Terenul, mai ales în sensul degenerescenţei care interesează psihiatria, este rezultanta transmisiunii prin ereditate, a stigmatelor fizice şi psihice, este sinteza rezultată din paralelismul între structura fizică şi între caracter.

Noţiunea de teren în psihopatologie, aşa de bine studiată astăzi de *Kretschmer, Pende, Stern, Kroll, Corman* şi alţii, este destul de veche în psihiatrie. Făcând abstracţie de studiul vechilor medici, în special *Hipocrate* şi *Galien*, trebue să recunoaştem că adevăratul părinte al doctrinei degenerescenţei a fost *Morel*, care desvoltă această doctrină în cele două faimoase cărţi ale sale: «Traité de la dégénerescence» (1857) şi «Traité des maladies mentale» (1859). Bine înţeles că şi precursorii lui *Morel* au vorbit despre ea, aşa cum arată *Génil-Perrin* în Teza sa din 1913, citând pe *Pinel, Fodéré, Cabanis, Esquitol, W. Ellen, Falret, Baillarger, Lucas* şi *Moreau de Tours*.

Ideile lui *Morel* au fost admise de psihiatrii ca *Griesinger, Krafft-Ebing* şi *Schüle* şi au fost desăvârşite prin opera capitală a lui *Magnan* care vede în individul degenerat un retrogradat şi care crede că nu în trecut ci în viitor trebue să căutăm omul ideal, care trebue desăvârşit prin continue progrese.

Ideile lui *Magnan* nu mai sunt admise astăzi decât de foarte puţini şi în orice caz cuvântul degenerescenţă nu mai figurează în lexiconul modern al psihiatriei.

Începând cu *Tanzi, Lugaro, Krafft-Ebing, Kräpelin* şi *Wilmans* şi continuând cu *Génil-Perrin, Kahlbaum, Pritchard, Deny* şi *Kahn, Dupré, Monsley, Claude, Bleuler, Kretschmer*, se vorbeşte astăzi de constituţie, caracter, temperament.

O anumită constituţie pentru apariţia paraliziei generale, a schizofreniei, a ciclofreniilor, a paranoiei, era cunoscută şi de mulţi autori vechi, dar astăzi ea e studiată în detalii şi pusă la punct în liniile ei generale.

Noţiunile moderne despre teren în boalele infecţioase, despre imunitate, anafilaxie, imunitate naturală, idiosincrasie, etc. pe care le datorim cercetătorilor geniali ca *Pasteur, Richet, Metchnikoff* şi alţii, îşi au aplicările lor în geneza unora din boalele mintale.

Lucrările foarte recente ale lui *Tzank* şi *van Bogaert* care încrimină pe lângă predispoziţie şi mecanismele intoleranţei faţă de un agent toxic sau infecţios, intoleranţă care nu este altceva decât reactogenul, revelatorul unei predispoziţii tisulare, au clarificat între altele şi modul de producere al boalelor nervoase şi mintale în urma acţiunii factorilor toxi-infecţioşi.

In sfârşit, opera lui *Claude Sigaud* biologistul lionez, expusă de *Thoris, Lambert, Mac Auliffe*, amplificată de *Corman*, arată importanţa noţiunilor morfologice care se pot manifesta după tipul anabolic şi catabolic prin reacţiuni accelerate sau lente, în primul caz reacţiunea depăşind leziunea iar în al doilea leziunea întrecând reacţiunea.

Aceste date ale lui *Sigaud* şi urmaşilor lui, au importanţa lor în cadrul genezei boalelor sistemului nervos prin intoxicaţiuni sau prin infecţiuni.

Régis studiază în etiologia boalelor mintale cauzele predispozante şi cauzele eficiente sau ocazionale.

Printre cele dintâi, *Régis* consideră o mulţime de factori ca: civilizaţie, rasă, evenimente politice, revoluţii, războaie, idei religioase, superstiţii, pe care-i înglobează în grupul cauzelor generale. Ca factori individuali el citează ereditatea, vârsta, sexul climatul, starea civilă, profesiunea, educaţia.

Intre cauzele ocazionale, boalele infecţioase sunt studiate atât de *Régis* cât şi de mulţi autori ai secolului trecut, deşi relaţiile între infecţiuni şi boalele mintale sau anumite apariţii psihopatice au fost văzute şi descrise şi de autori mai vechi sau ne sunt cunoscute din istorie.

In special documentele istorice se referă la lepră, pestă, holeră, boale care ştim că se însoţesc aproape regulat fie de o stare mintală specială (depresiune, apatie) fie chiar de psihoze propriu zise.

In ce priveşte însă studiul documentat al psihozelor boalelor infecţioase frecvente sau endemice, el datează abia din a doua jumătate a secolului trecut, iar pentru unele din infecţiunile recent cunoscute, cum ar fi colibaciloza şi encefalita epidemică, studiul manifestărilor lor psihopatice e contemporan.

De exemplu, manifestările mintale ale tifosului exantematic ne sunt cunoscute încă din 1811 prin *Hildebrant* şi *Guéneau de Mussy*, iar turburări psihice interesante ne-au fost semnalate mult mai în urmă de *Ponfick, Jacquet, Barallier, Murchinson* şi *Porot*.

Ceva mai târziu, *Péon Del Valle, Régis* şi *Davezac* au dat descrieri exacte ale tabloului geeneral psihozic în tifosul exantematic.

In sfârşit, rolul indirect sau predispozant al tifosului exantematic pentru apariţia ulterioară a boalelor mintale sau a boalelor toxi-infecţioase grefate pe un sistem nervos pregătit pentru o receptivitate specială, a fost pus în evidenţă în timpul din urmă, graţie marilor epidemii din timpul şi după războiul mondial. Astfel, unii bolnavi atinşi de această afecţiune şi vindecaţi, prezintă mult mai târziu, sindrome neurologice sau psihiatrice de altă etiologie (coree, pelagră, psihoze infecţioase diverse) şi de mare intensitate aşa cum şi nouă ne este dat să observăm în serviciile noastre psihiatrice.

De oarece psihiatria modernă studiază în detalii minuţioase toate manifestările psihopatice ale infecţiunilor şi intoxicaţiilor, noi ne vom limita aici numai la o privire rezumativă a principalelor dintre ele.

Dealtfel, o caracteristică generală a psihopatiilor boalelor infecţioase este că ele seamănă cu psihozele toxice pe care le vom vedea mai jos şi că sunt mult asemănătoare chiar între ele.

In toate infecţiile acute, boala mintală poate apărea tot aşa de bine în

faza de invazie, în perioada de stare, în cea de defervescenţă, sau chiar în convalescenţă.

Simptomatologia generală psihozică, indiferent de stadiul infecţiunii în cursul căreia apare, este aceea a *Confuziei mintale acute*, fie că se prezintă sub forma ei simplă sau astenică, fie că apare însoţită sau urmată de gravele complicaţii ale delirului oniric halucinator şi ale delirului acut.

In special în *febrele eruptive* (scarlatină, variolă, varicelă, rugeolă etc.) această simptomatologie asupra căreia au insistat *Kräpelin, Régis, Bumke, Chardon, Rougé, Olivier* şi *Bodard, Salazar, Trousseau, Van Bogaert* şi mulţi alţi autori, e foarte puţin variabilă şi noi nu vom insista.

Chestiunea profilaxiei boalelor mintale în legătură cu febrele eruptive se confundă cu a acestora din urmă care a realizat, după cum se ştie, mari progrese în ultima vreme.

Pentru a combate sau a preveni accidentele mintale, odată pirexia declarată, trebue să recurgem la terapeutica anti-infecţioasă şi antitoxică, la acţiunea calmantelor şi la încercări de terapie specifică.

Un punct capital însă, al chestiunii acesteia, ni se pare a fi profilaxia altor boale infecţioase sau toxice la indivizi cari au suferit, mai ales în copilărie, de una sau mai multe febre eruptive.

Frecvenţa, în antecedentele personale îndepărtate ale multor psihopaţi observaţi de noi, a unor febre eruptive ca scarlatină, variolă, rugeolă, nu poate fi străină de apariţia uneori precipitală, alteori mai târzie, de sindrome mintale ca: schizofrenia, confuzia mintală, pelagră, psihoza lui *Korsakoff*, encefalita psihozică etc.

Deasemeni sindromul de amoralitate, apariţiile ciclofrenice diverse, morfinomania, dipsomania apar mai uşor la indivizi cari au prezintat febre eruptive.

Credem deci că din punct de vedere al igienei mintale, categoria celor cari au fost atinşi de febre eruptive şi cari prezintă în mod manifest sau mai discret semnele somato-psihice ale unei anumite constituţii psihopatice, trebue să facă obiectul unor măsuri riguroase şi a unei constante observaţii din partea celor în drept.

Psihozele paludismului, această infecţie endemică atât de frecventă în ţara noastră, cât şi în multe regiuni ale globului şi în special în ţările calde, au fost prima oară studiate de *Sydenham, Hoffmann*, apoi de *Coméléran* şi de *Ponty*, de *Roncoroni* şi *Ireland, Marandon de Montyel, Vigouroux, Hesnard* şi alţii.

In primul rând vom aminti turburările psihice ale accesului febril care în fond se pot rezuma în formula confuziei mintale onirice, trecătoare, odată cu accesul de malarie şi care la unii pacienţi se reproduce la fiecare acces.

In afară de aceste forme, se observă la paludicii cronici adevărate psihoze, care nu sunt neapărat legate de accesele febrile şi între care trebue să citãm confuzia mintală cronică, sindromul pseudo-demenţial, pseudo-paralizia generală *(Lemoine, Rey, Marandon de Montyel, Vigouroux)* şi alte apariţii psihozice cronice bine studiate de *Régis*.

Chiar dacă aceste accidente psihopatice nu sunt, după cum susţin unii autori, legate exclusiv de paludism, fiind rezultanta şi a terenului morbid psihopatic, nu este mai puţin adevărat că aceste predispoziţiuni morbide ar fi rămas latente, fără infecţiunea malarică.

De aceea tratamentul riguros al paludismului, are o importanţă deosebită, mai ales la indivizi cu ereditate încărcată sau cu predispoziţii psihopatice manifeste.

In ce priveşte existenţa de psihoze paludice, la paraliticii generali malarizaţi, ţinem să amintim în treacăt aici că ele nu sunt datorite infecţiei prin hematozar ci aşa numitei faze paranoide a paraliziei generale, care poate apărea şi fără impaludaţie, aşa cum a arătat în mod magistral Profesorul *Obregia* încă din 1909.

Psichozele holerei au fost descrise de *Rayer, Delasiauve, Woillez, Kräpelin*, încă în secolul trecut iar în 1914 *Obregia* şi *Pitulescu* le-au consacrat un studiu foarte interesant.

In general ele se manifestă sub diversele forme ale confuziei mintale sau ale depresiunii melancolice.

Lepra poate da psihoze cronice, fie de tipul confuziei mintale, fie de tipul melancolic, care încă nu sunt prea bine studiate.

Mai interesantă e starea mintală a leproşilor, care a fost analizată şi în unele opere literare, în special de *Xavier de Maistre* şi de *Villier de l'Isle-Adam*. Această stare mintală e dominată de idei pesimiste, depresive, însă mai fecvent e de nuanţă euforică, aşa cum se observă la mulţi tuberculoşi înaintaţi.

In tifosul exantematic aşa cum am arătat mai sus, numeroşi autori au descris tipurile de psihoze care se pot reduce în general la confuzie mintală stupidă sau delirantă *(Régis)* sau la idei delirante hipocondriace, de dedublare a personalităţii, de transformare corporală.

Boalele infecţioase epidemice ca febra tifoidă, gripa, difteria, erizipelul, pot produce în fiecare din fazele lor evolutive, psihoze de tipul confuziei mintale cu formele sale diverse, simple, halucinatoare, onirice, stupide, delir acut, lăsând în plus sechele psihice în special idei fixe post-onirice, care la indivizii predispuşi pot fi de foarte lungă durată.

Acelaş lucru trebue observat în *boalele infecţioase* ca *pneumonia*, unele polinevrite care realizează complexul denumit psihoza polinevritică a lui *Korsakoff*, psihoză care a primit în ultimul timp luminoase explicaţii patogenice prin interesantele lucrări ale lui *Marchand* şi colaboratorilor săi, *oreillon-ul, dizenteria, meningita cerebro-spinală, febra butonoasă, encefalita letargică*.

Această din urmă infecţiune a suscitat un număr imens de lucrări în ce priveşte formele ei mintale pure foarte numeroase, care aparţin fie formelor acute, fie celor cronice şi care pot îmbrăca aproape toate aspectele psihopatice: sindromul confuzional, sindromul hebefreno-catatonic, sindromul maniaco-depresiv, diversele infirmităţi sau turburări ale simţului moral *(Dupré)* etc. cum şi o stare mintală specifică parkinsonismului encefalitic între care putem cita curioasa acatizie a lui *Haskovec* şi clazomania lui *Benedek*.

Cea mai demonstrativă achiziţie pe care ştiinţa a făcut'o recent în domeniul psihozelor toxi-infecţioase este sindromul mintal datorit Colibacilozei.

Deşi fenomenele neurologice colibacilare erau de mult cunoscute, sindromele psihice au fost complect studiate, abia după cercetările experimentale ale lui Vincent.

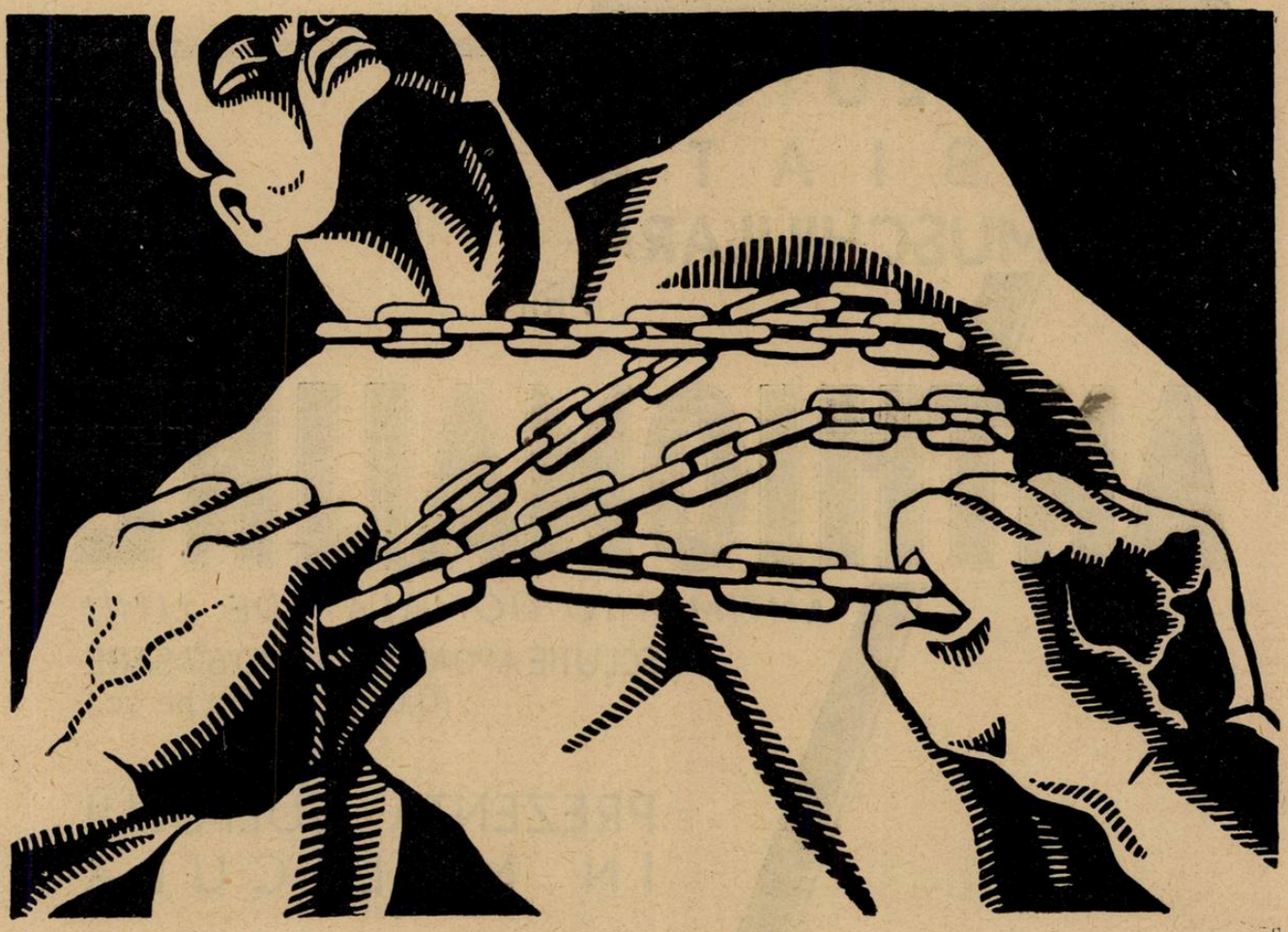
In adevăr, acest autor a demonstrat (1925) că bacilul Coli secretă două toxine: o endotoxină care este entero şi hepato-tropă şi o *exotoxină neurotropă*.

Aceasta din urmă, este factorul etiologic al sindromelor mintale colibacilare, asupra cărora au publicat lucrări interesante *Lepoutre, Claude, Baruk* şi *Forestier, Strominger, Laignel Lavastine, d'Heucqueville şi Guilly, Paulian, Cossa, Hoven*, etc.

In ordinea frecvenţei, toxi-infecţiunea colibacilară poate realiza următoarele sindrome psihice: Stări depresive, mergând până la melancolie; confuziuni mintale cu sau fără onirism; sindrome schizoide cu sau fără catatonie; confuziuni mintale agitate; sindrome de confuzie uşoară însoţite de somnolenţă, de narcolepsie, simulând encefalita letargică.

Psihozele colibacilare au o importanţă deosebită pentru problema ce prezentăm în articolul de faţă, deoarece ele ne oferă o demonstraţie ştiinţifică în două direcţii egal de interesante: aceea a terapeuticei pe om şi aceia a experimentării pe animal.

Sindromele psihice colibacilare sunt curabile prin metodele de seroterapie sau chimioterapie utilizate în mod o-



Cardiazol-Efedrina «Knoll»

cupează

astmul,

combate

insuficiența circulației

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.

Tuburi cu 10 tablete. Cutii cu 6 fiole. Flacoane cu 10 gr. lichid

«KNOLL» S.A.R., Produse chimico-farmaceutice, BUCUREȘTI 3.

Admis și de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

TERAPEUTICA STIBIATA INTRAMUSCHIULARA PRIN

ODETTE LEAU

ANTHIOMALINE

ANTIMONIO-TIOMALAT DE LITIU

SOLUTIE APOASA TITRAND 6% SARE
(0,01 gr. de Sb pe cc.)

PREZENTA SULFULUI IN MOLECULA

Cutii de 10 fiole
de 1 cc. şi 2 cc.

INJECTII INTRAMUSCHIULARE
Toleranţă locală şi generală excelenţă

BOALA LUI NICOLAS FAVRE
(locarizări inguinale şi rectale)
LEIŞMANIOZE VISCERALE ŞI CUTANATE
BILHARZIOZE VEZICALE HEPATICE ŞI INTESTINALE

2 până la 3 injecţii pe săptămână, dela 1 la 3 cc.
SERII DE 20 INJECTII

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon • Paris 8ème

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

bişnuit în contra colibacilozei. Ameliorarea şi vindecarea turburărilor psihice merg paralel cu dispariţia colibacililor din urină.

Experimentările pe animal iniţiate de *Vincent* şi utilizate pe o scară întinsă, cu admirabile rezultate de *Baruk*, aduc o nouă lumină asupra acestor probleme.

In adevăr, injectând la diferite animale — cobai, şoareci, pisici — exotoxina colibacilară neurotropă, obţinem sindrome de catatonie, de somnolenţă sau confuzionale, foarte asemănătoare cu acelea observate în cursul psihozelor colibacilare.

Reluând aceste experienţe în clinica de Psihiatrie cu *Badenschi, Cosmulescu* şi *Racoveanu*, am ajuns la rezultate asemănătoare cu acelea ale lui *Baruk* şi colaboratorilor săi.

Sindromele mintale colibacilare demonstrează într'un mod complect—clinic, bacteriologic, terapeutic şi experimental,—natura şi evoluţia psihozelor toxi-infecţioase.

Ele ne arată în acelaş timp, rolul terenului, atât de important în apariţia unui sindrom psihic accidental. In adevăr, Psihozele colibacilare sunt extrem de rare în raport cu frecvenţa acestei infecţiuni, ceeace demonstrează că turburările psihice nu apar decât pe un teren predispus sau fragil.

In sfârşit *boalele infecţioase cronice* ca tuberculoza, sifilisul, reumatismul, se întovărăşesc foarte adesea de importante turburări psihice elementare sau de psihoze propriu zise.

La *tuberculoşi*, în afară de starea mintală caracteristică, dominată de euforie, excitaţie genezică, egoism, excitaţe intelectuală, putând ajunge la paroxisme ale productivităţii inteligenţei, au fost descrise de mulţi autori psihoze ca: schizofrenie, confuzie mintală, accidente isterice, delir oniric halucinator *(Morselli, Pitres* şi *Regis, Anglade* şi *Jacquin, Peter, Letulle, Saxe, Dupré* şi *Merklen* şi mulţi alţii).

Se ştie deasemeni că în ultimul timp s'a scris mult şi că se fac încă studii bacteriologice şi experimentale asupra etiologiei tuberculoase a schizofreniei *(Claude* şi *Rose, Anglade, D'Hollander* şi *Rouvroy, Claude, Coste, Valtis* şi *Van Deinse, Baruk, Bidermann* şi *Albane* etc. etc.). Aceste cercetări n'au ajuns încă la concluzii precise, deşi s'au întrebuinţat cu succese încurajatoare în schizofrenie sărurile de aur a căror acţiune curativă e cunoscută în tuberculoză. *(Claude* şi *Dublineau)*.

Sifilisul, ale cărui importante turburări mintale cunoscute sub numele de forme psihozice ale sifilisului cerebral şi mai ales paralizia generală, merită să fie obiectul unei lucrări speciale, dată fiind importanţa şi frecvenţa turburărilor psihice produse de agresiunea treponemică a corticalităţii cerebrale. Deasemeni chestiunea profilaxiei boalelor mintale sifilitice trebue considerată într'un cadru special, această problemă comportând caractere oarecum deosebite de cele ce ne ocupă aci.

Dar mai există un factor important pe care *Marchand* le-a pus în evidenţă la Congresul Internaţional de Higienă mintală ţinut acum trei ani la Paris şi anume noţiunea de ereditate morbidă a cărei însemnătate iese tot mai mult în evidenţă, din studiile actuale ale tuturor celor ce se ocupă cu problemele de profilaxie mintală.

Starea fizică şi humorală, cunoaşterea exactă a stigmatelor dobândite de la ascendenţi, aptitudinea reacţională a sistemului nervos la toate elementele dobândite de nocivitate, într'un cuvânt toţi factorii organici cari constituesc noţiunea de teren, trebuesc cunoscuţi pentru a putea exercita în afară de profilaxia amintită mai sus a infecţiunilor — caze ocazionale, — o profilaxie sau mai bine zis o terapeutică a terenului morbid.

De aceea, va trebui să cercetăm în toate cazurile, semnele de fragilitate cerebrală: traumatisme obstetricale, convulsiuni infantile, enurezis, desvoltare fizică defectuoasă, debilitate mintală, turburări de caracter, apatie, lene, timiditate, perversiuni instinctive, instabilitate, turburări ale pubertăţii, etc. In modul acesta, realizăm după *Marchand*, programul adevărat al operei de neuro-psihiatrie profilactică, în măsură de a atenua starea reacţională a ţesutului nervos la agresiunea infecţiunilor.

In acelaş timp, vom recurge la practica profilactică pe care ne-o pune actualmente la dispoziţie studiul patologiei toxi-infecţioase (seruri, vaccinuri, chimioterapie, etc.) făcând astfel să scadă curba de frecvenţă a boalelor mintale infecţioase în care agentul patogen aparent joacă un rol cu mult mai mic decât terenul pe care el evoluiază.

La aceste rezultate nu vom ajunge decât prin creearea de dispensare de profilaxie mintală, care dealtfel sunt din ce în ce mai reclamate în fiecare ţară, şi care singure sunt în măsură să aplice principiile atât de productive ale higienei mintale.

* * *

Profilaxia boalelor mintale datorite exo şi auto-intoxicaţiilor celor mai curente, credem că poate găsi o şi mai uşoară aplicaţie prin instituirea de măsuri restrictive asupra abuzurilor de toxice de tot felul şi de stupefiante. De asemenea s'ar putea evita multe sindrome mintale prin aplicarea unei terapeutice precoce şi susţinute, a principalelor afecţiuni medicale autotoxice generatoare de accidente psihopatice, ţinându-se bineînţeles în mod riguros, seamă de toate elementele cari alcătuesc receptivitatea specială şi aptitudinile particulare de reacţiune ale terenului constituţional morbid.

Alcoolismul e tipul exo-intoxicaţiei celei mai curente şi celei mai grave în zilele noastre. In afară de tabloul psihopatic al ebrietăţii acute, abuzul prelungit de alcool dă naştere la psihoze cronice bine studiate astăzi în psihiatrie. Dintre acestea vom aminti forma zisă sub acută sau delirium tremens care în fond este un delir oniric tipic bine studiat de *Lasègue* şi *Régis*, psihoza alcoolică propriu zisă, cu evoluţie cronică sub forme clinice variate: paranoia alcoolică: psihoza lui *Korsakoff*, confuzia mintală cronică, pseudo paralizia generală, psihoza maniaco-depresivă alcoolică *(Obregia)*, epilepsia alcoolică şi demenţa alcoolică.

Psihozele saturnine sunt încă şi astăzi destul de frecvente: confuzia mintală supra acută, confuzia simplă halucinatoare, demenţa saturnină, pseudo-paralizia generală saturnină, care este o formă mai frecventă chiar decât precedentele.

Abuzul de toxice stupefiante, ca opiul, morfina, heroina, etherul, cocaina, haşişul în afară de starea de obişnuire incoercibilă, de starea mintală particulară şi de decădere socială şi fizică a individului toxicoman, produce adevărate psihoze ca neurastenia, starea melancoliformă, confuzia mintală sub toate formele, mai ales în fazele de carenţă, delirul oniric.

Mai mult decât în orice altă direcţie, opera profilactică reprezintă în materie de toxicomanie poate singura măsură raţională şi efectivă prin prohibirea vânzării şi consumării de substanţe stupefiante, în afară de uzajul medical bineînţeles, aşa cum se pare că e tendinţa în mai toate ţările.

In ţara noastră abuzul şi traficul de stupefiante sunt fapte pedepsite de lege.

Intre psihozele datorite auto-intoxicaţiilor, Pelagra ţine la noi în ţară şi în alte părţi, (Egipt, America de Nord) un loc de seamă şi în faza ei finală realizează psihoze bine determinate: confuzia mintală, depresiunea melancolică, excitaţia maniacală, sindromul hebefreno-catatonic, psihoza Korsakoff, delirul acut, demenţa pelagroasă.

Există o ereditate pelagroasă similară, o transmisiune a terenului pelagrogen şi o mare mortalitate în descendenţa pelagroşilor.

Profilaxia pelagrei rezidă în ameliorarea alimentării şi într'o bună educaţie higienică sub toate formele, care în Italia a dat rezultate remarcabile. In

adevăr astăzi pelagra se pare că nu mai reprezintă decât 1% din populaţia spitalelor psihiatrice italiene.

Există turburări psihice importante şi chiar psihoze bine definite în: *diabet, uremie, în auto-intoxicaţia gastro-intestinală, hepatică, genitală.*

Aceste turburări pot evolua, după caz, fie printr'o stare mintală patologică, agravată prin turburări psihice nocturne ca: delir oniric, coşmar, halucinaţii, fie prin psihoze de tipul confuziei mintale acute sau cronice.

Auto-intoxicaţiile endocrine dau un mare număr de turburări psihice curabile, în majoritatea lor, prin tratamentul opoterapic.

*

Psihozele toxi-infecţioase, au uneori, o gravitate deosebită, deoarece ele pot declanşa sindrome mintale constituţionale — la persoane cu o mare predispoziţie morbidă.

Astfel am observat în serviciile noastre de la Spitalul central o serie de cazuri în cari s'a instalat schizofrenia după sindromul confuzional toxic sau infecţios, de etiologie cunoscută: reumatismală, scarlatinoasă, pelagroasă, etilică, etc.

Este exact că aceşti bolnavi aveau un temperament schizoid, este, în acelaş timp, foarte probabil că predispoziţia lor morbidă nu ar fi evoluat către o boală mintală constituţională fără intervenţia psihozei infecţioase.

De altfel aici suntem într'un cerc vicios: terenul nevropatic determină, în cursul unei infecţiuni, o localizare cerebrală şi apariţia unui sindrom psihic.

Temperamentul bolnavului determină aspectul clinic al psihozei: Confuziuni mintale cu stupoare sau melancolie la cei cu temperament ciclotimic depresiv; Confuziuni agitate la bolnavii cu temperament ciclotimic expansiv; Confuziuni mintale catatonice la cei cu temperament schizoid.

In majoritatea cazurilor aceste sindrome se vindecă radical şi definitiv.

Rare-ori ele declanşează psihoza constituţională cu evoluţia ei cronică. De aceia în stabilirea prognosticului psihozelor toxi-infecţioase trebue să avem în vedere şi această eventualitate.

* * *

După această privire generală asupra boalelor mintale de etiologie toxi-infecţioasă, este interesant să stabilim frecvenţa acestor sindrome în ţara noastră.

Până acum câţi-va ani statisticele ne arătau că majoritatea bolnavilor îngrijiţi în serviciile de psihiatrie, sufereau de psihoze constituţionale.

De câţiva ani proporţia între cele două mari categorii de boale mintale s'a schimbat şi majoritatea bolnavilor noştri sunt atinşi de sindrome de etiologie toxi-infecţioasă. Acestea sunt evitabile printr'o bună profilaxie şi curabile printr'o terapeutică activă.

Iată câteva date statistice asupra acestei probelme, culese la Spitalul central de boale mintale şi nervoase din Bucureşti:

In anul 1934 au intrat 1721 bolnavi, dintre cari:

43,95% suferind de psihopatii constituţionale iar

56,05% având psihoze toxi-infecţioa-
42,60% Boale infecţioase şi sifilis;
se şi anume:
5,34% Alcoolism şi alte intoxicaţii;
2,35% Boale organice;
2,35% Pelagră;
3,40% Diverse.

In anul 1935 au intrat 1840 bolnavi, dintre cari:

35,88% — Psihopatii constituţionale;
64,12% — Psihoze deetiologie toxi-infecţioasă, dintre cari:
25,96% Boale infecţioase şi sifilis,
15,41% Alcoolism şi intoxicaţii diverse.
9,88% Boale organice,
2,17% Pelagră,
10,70% Diverse.

In anul 1935 au intrat 1840 bolnavi, dintre cari:

37,48% Boale constituţionale
62,52% Psihoze de etiologie toxi-infecţioasă, dintre cari:
26,53% Boale infecţioase şi sifilis,
16,95% Alcoolism şi intoxicaţii diverse,
8,45% Boale organice
2,62% Pelagră
7,97% Diverse.

Această statistică, întocmită pe trei ani şi cuprinzând 5677 bolnavi, demonstrează că psihozele de etiologie toxi-infecţioasă, sunt mai frecvente de cât boalele mintale constituţionale.

Acest fapt, definitiv stabilit ca şi progresele făcute în ultimele decenii de terapeutica boalelor mintale, a transformat radical concepţiile şi posibilităţile specalităţei noastre.

Spre deosebire de trecut, astăzi etiologia celor mai multe boale mintale nu mai este învăluită de mister. De aceia, terapeutica pur simptomatică de altă dată, a devenit etiologică, energică şi eficace.

Iar măsurile de profilaxie sunt chemate, din ce în ce mai mult, să scadă numărul bolnavilor mintali, aşa cum igiena generală a diminuat morbiditatea totală a populaţiei atât de mult bântuită în trecut, de boale epidemice.

Pentru a ajunge la rezultatele ce urmărim, nu ne putem sprijini decât pe concursul luminat al medicilor cari înţelegând problema profilaxiei boalelor mintale, îi pot aduce un aport însemnat, aplicând aceste idei în serviciul ce deţin.

BIBLIOGRAFII

L. Pron La pratique des maladies de l'Estomac. *Librairie Maloine.* Un volum de 123 pagini (Collection des Petits Précis). (1938). Preţul : 18 fr.

In această mică lucrare se găsesc pe lângă noţiunile clasice, anumite păreri personale, conţinând tot ceia ce practicianul trebue să ştie în patologia gastrică.

Traité D'Hélio et D'actinologie, Phisique — Biologie — Thérapeutique. Rayons solaires ; ultra-violets ; infra-rouges, sous la direction de Ch. Brody (de Grasse), collaborateurs: *Aimes, Bastien, Bernhard, Biancani, Bordier, Brody, Collet, Dekeyser, Forgue, Gunzburg, M. D'Halluin, Huldschinsky, Jausion, Keller, Ledent, Linke, Léo, Mayoux, Meyer, Moure, Ory, Radnai, Rajka, Reyn, Rollier, Rosselet, Stoianoff. Librairie Maloine.* 2 volume format 16—25 cm., 1.540 pagini, 618 figuri şi 42 tablouri.

Acesta este nu numai în Franţa ci şi în lumea întreagă singurul «Tratat de helio şi actinologie».

In domeniul razelor descoperirile se fac zilnic. Câmpul lor de aplicaţie cresc. Experienţe clinice, fizice, chimice, climatologice şi a aparatelor de înregistrare, a tratamentului, dă helio şi actinologiei o bază solidă ştiinţifică.

O punere la punct a devenit necesară. Tratatul lui Brody complectează cu succes lacunele de până acum. El este o sinteză a cunoştinţelor actuale, o expunere a tendinţelor moderne.

Graţie acestei publicaţiuni, Corpul medical posedă actualmente o lucrare care prezentând şi toate noţiunile teoretice necesare, este în primul rând o lucrare eminamente practică, făcând inventarul cunoştiinţelor integrale asupra razelor solare, ultra-violete şi infra-roşii.

Pentru fiecare parte a tratatului, autorul a recurs la colaborarea celor mai eminenţi reprezentanţi ai fiecărei ramuri ai ştiinţei actinologice. Toţi aceşti maeştri, savanţi de notorietate incontestabilă, unii însăşi promototrii metodelor, technicelor şi a inventţiunilor în acest domeniu s'au grupat în jurul stindardului actinologiei dând la iveală acestă lucrare didactică, ştiinţifică şi excepţional de practică.

Ilustraţiunea este cu deosebire extrem de îngrijită, mai mult de 600 clişee făcând lucrarea mai vie şi arătând frumoasele rezultate terapeutice ale helio şi actinoterapiei, în medicina infantilă, în tuberculoza osteo-articulară, ganglionară, viscerală şi în dermatologie.

Acest tratat nu se adresează numai specialiştilor ci şi tuturor medicilor omnipracticieni.

Solu-Salvarsan

Preparatul de Salvarsan pentru injecţia intramusculară şi intravenoasă

în soluţie stabilă, gata de întrebuinţare.

Efecte rapide şi persistente asupra treponemelor şi simptomelor clinice. Absolut neiritant şi injectabil fără dureri. Bine tolerat chiar în injecţia intravenoasă. Orice serie de fabricaţie este riguros controlată din punct de vedere chimic, biologic şi clinic.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:

»ROMIGEFA« S. A. R., BUCUREŞTI I. Strada Brezoianu 53, Tel.: 3-9286.

Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel: 3-722.

FRICŢIUNE LICHIDĂ

CALMANT EXPECTORANT

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

Consideraţiuni anatomo-clinice şi terapeutice asupra reumatismului cronic

de Doc. Dr. I. STOIA şi Dr. H. I. STOIA

Articulaţiile de diferite categorii au funcţii fiziologice speciale precum şi o patologie specială. In mod normal, cavitatea articulară este închisă printr'o capsulă articulară puternică ceace face de cele mai multe ori ca inflamaţiile să rămână izolate în cavitatea bolnavă.

Dr. *Vaubel din Wiesbaden* s'a ocupat de curând în mod special de biologia şi patologia cavităţii articulare.

Cavitatea articulară este formată din capsula articulară, membrana sinovială, cartilagiul articular şi lichidul sinovial, iar între capsulă şi membrană găsim ţesutul subsinovial. Capsula articulară este un ţesut fibrilar, dur, sărac în vase şi cu puţine celule. Pe capsulă, pe locul unde articulaţia face mişcări puternice, se găsesc inserate tendoane şi ligamente cari o întăresc. Ţesutul subsinovial este bogat în celule, în grăsime, vase sanghine, limfatice şi nervi. Vasele şi nervii merg până în membrana sinovială, neatingând cavitatea articulară. El este locul de origină al inflamaţiilor articulare.

Membrana sinovială este un ţesut specific mesenchimal, caracterizat printr'o creştere rapidă şi prin proprietatea sa de a forma lichidul sinovial.

Lichidul sinovial este de consistenţă vâscoasă din cauza marei cantităţi de mucus ce conţine. In acest lichid găsim resturi din celulele, numite sinovioblaste, rar leucocite şi 30% limfocite; în mod normal nu se găsesc hematii.

Cartilagiul are un caracter pasiv pentru că nu are nici vase sanghine, nici limfatice. El are o structură fundamental, fibrilară şi ţesut hialin cu celule tipice, numite chondoblastre.

Din punct de vedere funcţional, capsula articulară şi cartilagiul au funcţiuni mecanice. Tesutul subsinovial are ca funcţie schimburile nutritive, fiind legate de restul organelor prin vase limfatice şi sanghine. Membrana sinovială este producătoarea lichidului sinovial, având în acelaş timp şi proprietatea de excreţiune şi resorbţiune a cavităţii articulare.

* * *

Articulaţiile pot avea maladii acute şi cronice. Intre maladiile acute, unele pot fi supurative, altele nesupurative. Un capitol mare al patologiei articulare îl formează reumatismele cari pot lua o alură acută, subacută şi cronică.

In expunerea de mai jos, ne vom ocupa foarte succint despre reumatismul cronic şi, mai ales despre tratamentul său.

Vom aminti numai clasificaţia franceză a lui *Coste, Forestier* şi *Lacapère* care împart reumatismul cronic în artrite şi artroze, primele cu apariţie mai frecventă înainte de 40 de ani, al doilea cu apariţie mai frecventă după această vârstă; artritele provocate în general de infecţiuni, iar artrozele de turburări mecanice, toxice şi endocrine. Artritele cu tendinţă la anchiloze precoce, artrozele cu anchiloze rare şi tardive; iar din punct de vedere radiologic, artrozele au osteofite, artritele au osteoporoze. Din punct de vedere biologic, sedimentarea globulelor este accelerată în artrite şi normală în artroze. In general, artritele prind mai mult articulaţiile mici, artrozele pe cele mari.

Liga contra reumatismului din Germania împarte reumatismul cronic în:

a) reumatism articular cronic primitiv şi secundar,

b) reumatisme articulare deformante,

c) spondilite şi spondiloze,

d) reumatisme rare (hemofilice, psoriazice, nervoase, etc.),

e) guta.

Americanii, prin *Pemberton*, împart reumatismul cronic într'o formă atrofică şi una hipertrofică, iar Englezii cu *Poynton* şi *Schlesinger* împart reumatismul cronic în artrite reumatismale proliferative şi adesive şi osteoartrite cu leziuni în cartilagiu, membrană, os, ligamente şi capsulă.

Doctorul *Kemp* din Erfurt (Germania), într'un articol recent, împarte reumatismul cronic în forme degenerative (artroze) şi inflamatorii (artrite). Artritele la rândul lor, le împarte în 5 categorii:

1. reumatism articular cronic subacut, survenit secundar maladiei lui Bouillaud,
2. reumatism tipic primar cronic,
3. reumatism primar cronic asociat cu maladia lui Bechterev,
4. reumatism primar cronic, formă atipică şi
5. reumatism secundar cronic.

Cine cunoaşte literatura reumatismului poate vedea că reumatismul cronic are atâtea clasificaţii aproape câţi autori sunt. Pentru aceasta nu vom mai insista asupra acestor forme clinice, ci vom trece la principiile de ordin terapeutic. Vom adăoga, insistând, că diagnosticul reumatismelor cronice va fi pus pe antecedentele bolnavilor, pe examenul articulaţiilor, la care se adaogă de cele mai multe ori şi examenul radiologic şi probele de laborator; viteza de sedimentare mărită într'un reumatism cronic, plus prezenţa decalcifierei pe radiografii, sunt semne care se adaugă la simptomele clinice, pentru a pune diagnosticul de proces inflamator (artrită).

Viteza de sedimentare normală, mărirea acidului uric în sânge, ne face să înclinăm spre o gută sau un reumatism gutos, iar prezenţa osteofitelor cu o sedimentare normală spre o artroză.

Din punct de vedere terapeutic, avem o terapeutică profilactică şi una curativă.

In terapeutica profilactică a reumatismului cronic d. profesor *Haţieganu* enunţă următoarele puncte:

1. eliminarea focarelor infecţioase,
2. evitarea infecţiilor catarale ale căilor aeriene superioare,
3. respectarea unui regim mixt, bogat în vitamine,
4. fortificarea rezistenţei organismului printr'o educaţie fizică în aer liber.

In terapeutica curativă a reumatismului cronic principiu este a calma durerile, a opri evoluţia, a modifica terenul prin ridicarea rezistenţei organismului şi a ameliora funcţiile articulare pierdute.

Tratamentul dietetic este să administrăm un regim mixt, sărac în albumine şi purine, cu puţină sare şi lipsit de băuturi alcoolice şi condimente, bogat însă în vitamine şi calciu.

Ca tratamente tonice sunt preparatele cu fier, ficat şi calciu.

Ca tratament contra durerilor se dă aspirină, piramidon, atofan, analgesină sau compuşii săi, precum şi fricţii cu bază de salicilat de metil sau mezotan, etc.

Medicaţia cu bază de iod sau sulf dă rezultate bune mai ales în artrozele deformante, iar medicaţia cu bază de litină dă rezultate bune în reumatismele gutoase.

Proteinoterapia dă rezultate bune în reumatismele subacute, nu dă rezultate în reumatismul primar cronic asociat cu maladia lui Bechterev. In reumatismul cronic infecţios, efectele cele mai bune le dă tratamentul cu săruri de aur. Aurul este contraindicat în maladiile rinichiului, ficatului, miocardului, a vaselor coronare, la reumaticii prea avansaţi cu caşexie, în anemiile grave şi în achilozele vechi. In terapeutica cu aur sunt contraindicate aplicaţiile de căldură, mai ales cea uscată, precum şi băile calde şi helioterapia, deoarece pot provoca reacţii locale şi generale. In timpul tratamentului, trebue controlată lunar sedimentarea sanghină. Primul semn bun în tratamentul cu aur este apariţia apetitului şi revenirea somnului. Trebue să consiliem bolnavii să mănânce alimente crude, puţină sare şi să le interzicem cafeaua şi alcoolul. Nu trebue să întrebuinţăm prea multe medicamente antinevralgice în timpul tratamentului. Pentru a micşora durerile articu-

lare, este bine să frecăm uşor cu o perie uscată părţile dureroase. Dacă sedimentarea se scoboară aproape de 10 mm. sau dacă exudatul articular dispare subit, trebue să întrerupem tratamentul cu aur. In tratamentul cu aur, ameliorarea se capătă în timp de câteva săptămâni până la o jumătate de an. In toate procesele infecţioase, organismul consumă multe vitamine C. pentru a ajuta formarea unei antitoxine; deci, se consiliază vitamine C în acest timp. După ce terapeutica cu aur este terminată şi sedimentarea sanghină normală, atunci începem mişcările active şi pasive, masajul, terapeutica prin căldură şi băile termale. In timpul tratamentului cu aur, trebue să fim atenţi căci contracturile articulaţiilor se pot accentua. Găsim şi cazuri refractare la tratamentul cu aur. Atunci trebuesc scoase focarele infecţicase şi, dacă nici prin acest tratament nu se obţin rezultate, facem injecţii de venin de albine; în aceste cazuri putând fi vorba de o formă atipică de reumatism gutos sau, facem injecţii de foliculină când presupunem că este vorba de un reumatism ovarian. Terapeutica cu aur trebue făcută cât mai precoce. *Feldt* şi *Bechströem* din Berlin au avut 80% rezultate bune în reumatismul cronic prin injecţii cu Solganal. In reumatismul cronic progresiv autorii au ajuns în 50% din cazuri să facă să dispară prin această terapie toate semnele unui proces activ. In 43% din cazuri ei au avut complicaţii în tratamentul cu aur. Cele mai frecvente complicaţii au fost: stomatitele, dermatitele exfoliatrice şi scămoase, hepatitele, albuminuria, purpura hemoragică, anemiile şi agranulomatoza. Terapia cu aur este indicată chiar profilactic în turburările reumatice ale circulaţiei decarece pericardul, endocardul şi ţesutul interstiţial al miocardului reacţionează în bine la tratamentul cu aur. Combinaţia aur cu tuberculină în reumatismul tuberculos dă rezultate bune deoarece tuberculina face o hiperemie focală şi, în modul acesta se atrage mai mult aur în leziunile focale. In maladia lui Bouillaud, sărurile de aur nu au efect decât 2 săptămâni dela debut, adică în stadiu subacut şi cronic; în acest stadiu influenţa aurului ajută să accelereze resorbţia nodulilor lui Aschoff. *Muchotte* din Bruxelles susţine că Neosolganalul care conţine şi calciu şi keratină, este suportat mai bine şi nu dă aşa de frecvent complicaţii, deoarece nu are decât 14% aur, iar organismul este protejat contra reacţiunilor alergice prin calciu şi keratină. Când căpătăm o complicaţie cu tratamentul cu aur, este bine să micşorăm doza sau chiar să ne oprim şi să facem injecţii cu vitamina C şi glucozat de calciu.

Vaccinoterapia se aplică astăzi pe o scară destul de întinsă, obţinându-se rezultate bune mai ales cu vaccinurile antigonococice, cu autovaccinurile sau cu stokvaccinurile. Se administrează şi vaccinuri nespecificate cu rezultate dubioase.

In reumatismul endocrinian se administrează preparate de tiroidă, de ovar şi extractele paratiroide, mai ales în reumatismul fibrozant. Tratamentul cu vitamine se întrebuinţează întotdeauna, deoarece reumatismul cronic este însoţit adesea şi e o carenţă digestivă vitaminică. Tratamentul chirurgical este puţin studiat, chirurgia nu şi-a spus ultimul cuvânt. Intervenţile chirurgicale se fac mai ales în cazurile care au ajuns la o deformare sau anchiloză. Numai după epuizarea tuturor tratamentelor medicale şi fizioterapice, se discută o eventuală intervenţie chirurgicală. Intervenţiile chirurgicale constau în plastii articulare, osteotomii, artodeze, sinoviectomii, resecţii osteofitice indicate mai ales în monoartrite, artroze deformante sau anchilozante. *Oppel* recomandă paratiroidectomia mai ales în reumatismul cronic deformant, coxartrie şi spondilartrita anchilopoetică precum şi în reumatismul poliarticular anchilozant. Prof. *Hochmman* din Frankfurt, ocupându-se într'un articol recent de tratamentul ortopedic în poliartrita cronică gravă, dă următoarele sfaturi: să aşezăm articulaţile dureroase şi inflamate în poziţii bune astfel ca să fie utilizabile în viitor. Trebue să punem articulaţia într'o gutieră sau aparat gipsat pentru câtva timp pentru a evita atitudinile vicioase şi contracturile. Când stadiul de inflamaţie şi durere a trecut, trebue să începem masajul, mişcările pasive şi active. Dacă bolnavii au contracturi şi subluxaţii, începem prin a pune bolnavul într'un aparat de extensie prin greutăţi. După ce contractura a trecut, lăsăm bolnavii să facă mişcări. Dacă nu putem micşora contractura, trebue să recurgem la un tratament operatoriu, de exemplu trebue să tăiem muschiul flexor în formă de Z pentru a-l prelungi şi fixa în fossa poplitee, punând membrul corespondent în gips pentru 2 săptămâni. La nevoie, recurgem la osteotomii şi artrodeze, însoţite de aparate gipsate.

Doctorul *Kemp* este partizan al scoaterei focarelor infecţioase numai până la 50 de ani, căci la vârsta înaintată extirparea nu mai are efectul dorit.

In timpul terapiei cu aur focarele pot deveni active; atunci trebuesc imediat scoase.

Doctorul *Ecke* din Kőnigsberg, într'un articol recent, se ocupă de efectele tardive ale artritelor reumatismale prin vindecarea focilor. El a găsit în toate reumatismele infecţioase foci. Este important însă de ştiut dacă sunt foci activi sau stinşi. Prin metoda lui *Mayer* care constată în a irita focii prin înaltă frecvenţă, se poate stabili activitatea sau inactivitate focarelor. Autorul dă o statistică de 68 de cazuri unde s'au tratat focii urmărindu-se între 1 — 6 ani. In maladia lui *Bouillaud*, în 32 cazuri efectul a fost foarte bun, din 22 cazuri 21 vindecându-se. Câteodată, după tonsilectomie căpătăm o recidivă trecătoare şi aceasta din cauza unei bacteriemii. In reumatismul infecţios primar cronic efectele nu sunt bune; nu i-a dat decât 6 vindecări în 34 de cazuri. In maladia lui *Bechterev*, efectele sunt rele; din 5 cazuri 4 sunt fără efect; într'un caz s'au scos amigdalele şi 11 granuloame; bolnavul nu a avut durere 5 ani, dar nu s'a văzut nici o modificare în coloana vertebrală. In durerile reumatice vagi fără simptome obiective, efectele sunt mult mai bune; autorul a găsit 4 vindecări, 4 ameliorări şi un caz fără efect.

In tratamentul reumatismului cronic, fizioterapia şi balneoterapia au un rol foarte mare.

Balneoterapia nu se indică în faza acută inflamatorie a reumatismului, ci numai după ce fenomenele inflamatorii acute au trecut. Băile radioactive dau rezultate mai mult în reumatismele neinflamatorii. Băile sulfuroase dau rezultate mai ales în reumatismele neexudative dureroase. Băile de nămol se recomandă mai ales în reumatismele inflamatorii exudative.

Fizioterapia se face prin diatermie, ultrascurte, băi de lumină, infraroşii, etc. Băile de lumină generală se întrebuinţează mai ales la reumaticii cu un fizic robust, la artritici şi gutoşi; în reumatismul tuberculos sunt indicate ultravioletele, în cel gonococic radioterapia şi ultrascurtele. In reumatismul anchilozant se fac ionizări iodurate şi radioterapie. Injecţiile cu mesothorium dau rezultate bune în artrozele deformate, iar injecţiile cu thorium X au efectele favorabile în spondilite. Tratamentul cu băi radioactive şi aplicaţii cu radium ori inhalaţii ne-a dat rezultate bune în gută în 65% din cazuri. In reumatismul cronic am isbutit să căpătăm în 55% din cazuri ameliorare persistentă, în 20% din cazuri ameliorare pasageră, iar în rest nici o schimbare. In sciatică, lombago, nevralgii ne-a furnizat în 80% din cazuri vindecări.

Aici, în ţară, practicăm de 2 ani de zile curiterapia în reumatisme cronice iar unul din noi a practicat-o 11 ani la Ioachimstahl. Am avut rezultate excelente în gută, reumatism gutos şi vertebral, spondilite, reumatism psoriazic blenoragic şi sciatică. Ne-a dat rezultate inconstante în malum coxae senile, reumatism muscular, celulite şi artropatii ovariene.

ETUVELE CARI NE TREBUESC

de Dr. RADU ANDREI
Medic şef al Municipiului Ploeşti

Motto: Le mieux est l'ennemi du bien.

In acest al doilea articol, despre etuve, îmi permit a demonstra cititorilor, un tip de etuvă cu vapori, care poate fi hypomobilă sau automobilă.

Descriere

In descrierea mea insist asupra acesteia din urmă.

Etuva este formată dintr'un cilindru cu pereţi dubli, lucrată din tablă galvanizată de 2 mm. grosime; între pereţi are un spaţiu gol de 15 mm. prin cari circulă vaporii. La partea de jos a cilindrului, învelişul exterior se deschide sau mai bine zis lipseşte pe o suprafaţă mare şi este aşezat pe o cadă dreptunghiulară, ceva mai mare ca suprafaţa ce lipseşte, descrisă mai sus.

Intreg acest sistem este aşezat pe un focar construit din tablă neagră de fier, groasă cu 3 mm. cu legături de şină de fier necesare.

Fundurile cilindrului sunt simple şi din aceeaşi tablă; cel din faţă este fix iar cel din spate se deschide pe un şarnier superior, constituind capacul etuvei şi este strâns în timpul operaţiunei prin 8 şuruburi cu urechiuşi. Capacul când este ridicat (deschis) se reazemă pe doi suporţi pentru a sta deschis pentru introducerea lucrurilor în etuvă.

Dimensiunile cilindrului (etuva), sunt: 1.70 lungime — 1.20 diametru înălţime = cu 1.805 cmc. capacitate şi are forma cilindrului puţin ovalizată.

Această etuvă cu vapori fără presiune, este de tipul etuvei Lautenslager — Berlin, dela care ne-am iniţiat — având importante modificări şi anume:

Capacitatea sporită, focarul mai mare astfel că încălzirea este mult mai rapidă, în 45 minute — temperatura aerului fiind afară de 20 grade.

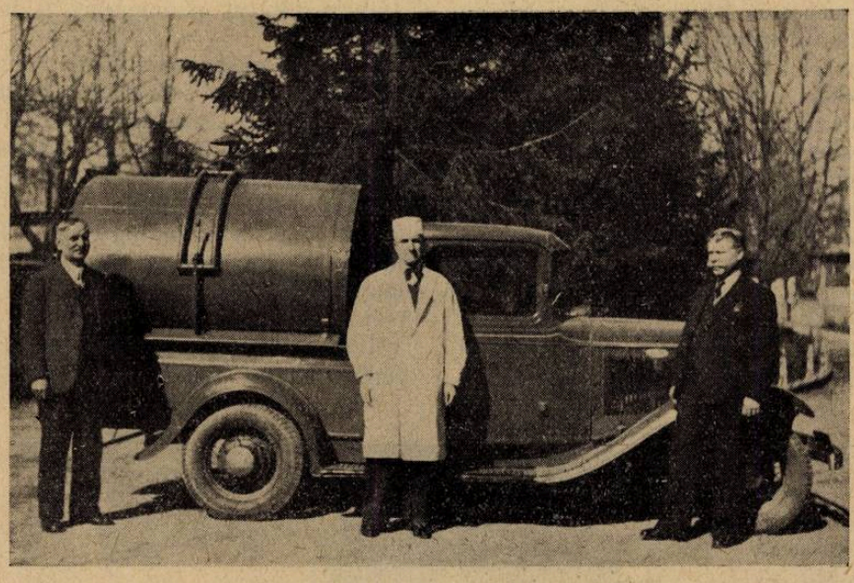
Dela partea de jos a cilindrului vaporii vin la termometru după cum se vede pe partea laterală, prin două ţevi destul de groase de 1 ţol şi un sfert diametru astfel contactul între vapori şi termometru este mult mai intim şi mai sensibil, termometrul urcându-se repede şi marcând aproape instantaneu fluctuaţiunile temperaturei interioare a cilindrului. Tot prin aceste ţevi se face şi golirea aerului rece de la partea de jos a cilindrului prin deschizătura dela supapa de golire dela partea de sus a etuvei.

Termometrul este cu alcool colorat cu 110 diviziuni.

Etuva se încălzeşte cu lemne.

Cantitatea de apă ce se cuprinde în bazin, pentru a se umple cât trebuie este de 160 litri.

Cantitatea de apă consumată la o etuvare de 30 minute este de 30 litri.



Cantitatea de lemne ce se consumă la o etuvare este de 75 kgr. inclusiv încălzitul de la rece.

Etuva este prevăzută în interior cu un grătar circular de lemn pe fundul ei până la jumătate unde mai are şi un grătar transversal tot de sipici de lemn.

Greutatea etuvei automobil, fără apă şi fără lemne este de 615 kgr.

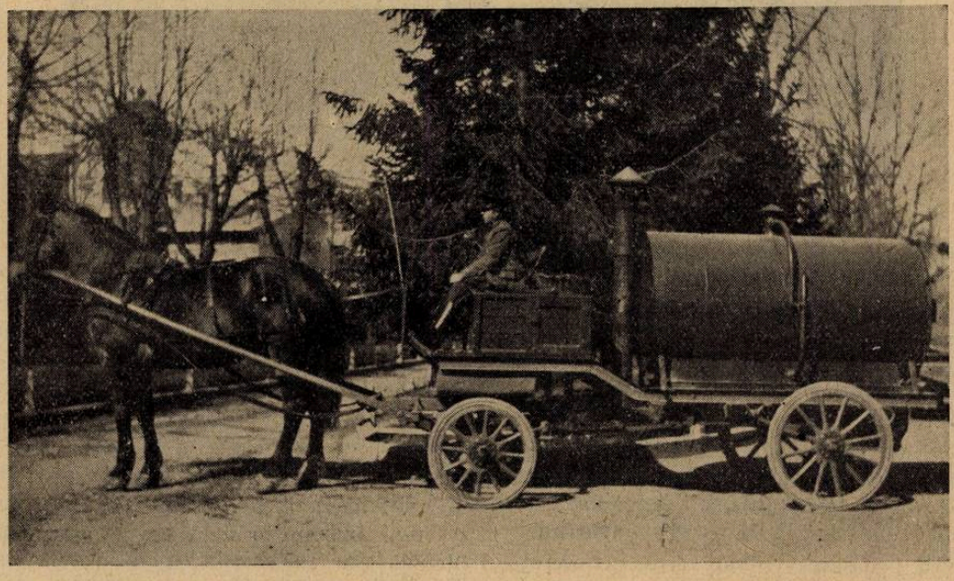
Această etuvă este aşezată pe un şasiu de automobil Ford Pikap, a cărui greutate este de 1865 kgr.

Maşina are loc special pentru 100 kgr. lemne, loc pentru aparatul de pulverizat şi cabină în faţă pentru şofeur şi agent sanitar.

In partea din spate schasiul este prevăzut cu nişte console de fier care se ancorează de ţăruşi bătuţi în pământ, fie de un gard, un şopron, o casă, etc. pe cari console se întinde o prelată cu găuri şi cârlige speciale prevăzute astfel că se realizează un acoperiş de adăpost de ploaie sau soare, sub care se poate lucra în orice timp.

In caz de ploaie şi noroiu la spatele etuvei se aştern scânduri sau crăci, sau rogojini pentru a nu se lucra în apă sau noroiu.

Etuva hypomobilă are aceeaşi descriere, iar greutatea ei totală fiind de



1205 kgr., cu schasiul cât mai scoborît prin felul construcţiei roţilor cari sunt prevăzute cu cauciuc.

Timp şi temperatură

Etuva automobil, cu cilindrul gol, urcă temperatura în 45 minute la 99 grade şi o menţine oricât timp, bine

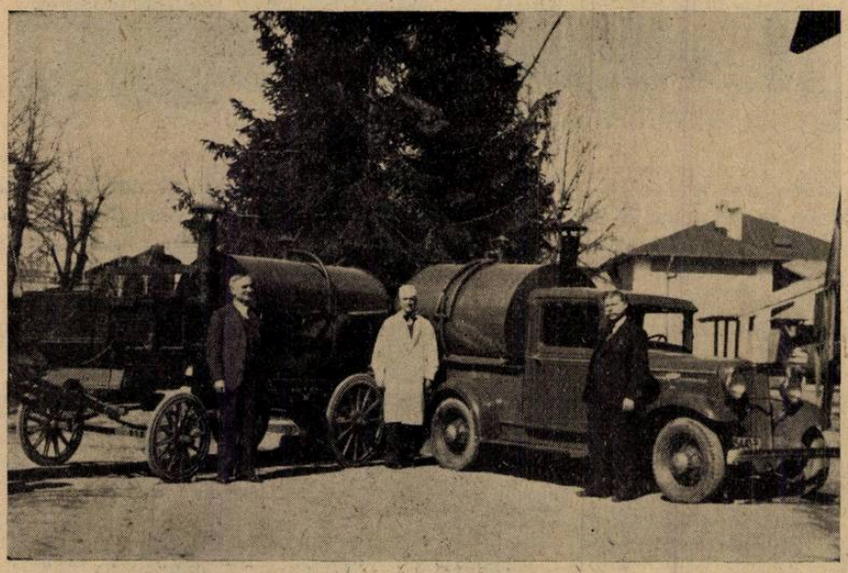
înţeles adăogând câte puţină apă şi întreţinând focul din timp în timp, iar după ce a fost încălzită şi cu cilindrul încărcat cu efecte timpul de a urca temperatura la 99 grade este de 5—10 minute, după care timp se menţine iarăşi oricât s'ar voi la această temperatură.

Trebue amintit că la orice etuvă şi cu atât mai mult la acestea, obiectele puse spre etuvare nu trebuesc puse prea îndesate, ele din contră trebuind să fie cât mai libere şi să nu vie în contact direct cu pereţii de tablă din interior ci numai pe grătar.

Obiectele etuvate, scoase din etuvă, nu sunt aproape de loc umede şi la o scuturare şi întindere în aer sunt uscate imediat.

Cu aceste etuve nu se poate întâmpla niciodată să se ardă efectele desinfectate şi sunt destul de bine desinfectate prin o căldură umedă de vapori la 99 grade.

Căldarea fierbătoare de apă fiind bine calculată faţă cu suprafaţa de încălzire a cilindrului (camera desinfectatoare) produce totdeauna plus de vapori care ne obligă ca în timpul funcţionărei să ţinem clapeta de jos dela capacul etuvei pentru golirea vaporilor întredeschisă — astfel ca în tot timpul operaţiunei să se facă o purje, golindu-se absolut tot aerul rece aşezat la partea de jos a camerei, menţinându-se temperatura interioară în mod constant la 98 — 99° centigrade.



In prealabil trebue observat ca etuva să fie întâi încălzită cu temperatura interioară la maximum şi apoi să se deschidă şi să se introducă efectele spre desinfectare — prin modul acesta de manipulare obiectele nu se udă absolut de loc, pentrucă etuva fiind caldă bine condensaţia vaporilor aproape încetează şi puţina condensaţie ce se mai face se scurge pe sub grătar în căldare direct, iarăşi un avantaj că nu avem risipă de apă ca la celelalte etuve la cari în timpul lucrului apa din purje se scurge jos.

Controlul temperaturei interioare s'a făcut prin testele cari fusează la 95° ctgr., prin ouă cari au fost găsite răscoape după 30 minute şi în fine prin controlul de laborator, făcut la spitalul de boli contagioase «Movila», din Ploeşti, de sub conducerea d-lui medic primar, Dr. *Costin Fulga.*

Iată rezultatul examenului bacteriologic:

«Culturi proaspete de bacil tific, colibacil, streptococ scarlatinos şi bacil proteus, atât în stare umedă cât şi uscată rapid pe tampoane de vată, sunt sterilizate în ambele etuve după o expunere de 30 (treizeci) de minute.

După cum se vede, puterea sterilizantă a acestor etuve este destul de remarcabilă şi serveşte admirabil tuturor scopurilor.

Chiar dacă ni s'ar obiecta faptul că sporii nu sunt distruşi la o temperatură umedă de 99 grade, putem răspunde că se prezintă excesiv de rar ocazia de a se face o desinfecţie pentru omorîrea sporilor, adică pentru antrax, tetanos, etc.

Practic vorbind, desinfecţiuni pentru aceste cazuri nu am făcut niciodată şi nu este cazul a se face; deoarece după ivirea unui caz de antrax intern, această boală în realitate nu se mai transmite dela om la om; (în teorie, s'ar putea) iar pentru tetanos lucrurile stau la fel — şi pentru a desinfecta toate grajdurile şi locuinţele în mod preventiv, chestiunea nici nu se poate pune, mai cu osebire că aceste cazuri sunt foarte rare şi majoritatea maladiilor epidemice cari dau procente mari de îmbolnăviri sunt cu microbi cari se distrug sub 100° ctgr.

Deaceea ţin să atrag atenţiunea că aceste tipuri de etuve sunt cele mai bune pentru desinfecţiuni şi deparazitări.

Preţul de cost — întreţinere — manipulare

Etuva propriu zisă, fără schasiu, ne-a costat 50 mii lei şi prezintă avantagiul că se poate instala pe orice fel de schasiu ca Ford, Chevrolet, Mercedes, Renault, Fiat etc. şi este minim costisitor faţă cu preţul unei etuve Genester Herscher, Jul le Blanc sau Rubner, al cărui cost este, între un sfert până la peste un milion lei, deci enorm de costisitor şi fără mari avantagii.

Ca greutate. — Gândiţi-vă a transporta o etuvă Geneste, care cântăreşte 3000 kgr, sau un Le Blanc, care cântăreşte 4000 kgr., cu cai sau cu boi în oraşe; dar încă la ţară, ori prin noroiu sau la dealuri, este aproape exclus.

Chiar pentru oraşe, asemenea etuve se transportă cu cai mari, cum sunt caii dela acest serviciu, care unul singur cântăreşte 950 kgr., şi al căror cost este de 40 mii lei perechea şi nu mai vorbim de întreţinerea lor care este destul de costisitoare. Ce faci la ţară cu căişori cari cântăresc ambii la un loc abia 400 kgr.? Cine o târăşte? pe câtă vreme etuva descrisă, care cântăreşte 1205 kgr., ceeace e egal cu un car încărcat nu prea tare cu lemne, o poate duce uşor o pereche de cai sau boi chiar şi la deal şi unde e cazul se mai pune o pereche şi este dusă oriunde.

Etuva fiind uşoară la noroiu nu se cufundă şi nu taie în adânc şi pentru la ţară se poate face cu roţi de şină mai lată de 6—7 cm., pentru a nu se lăsa uşor la fund în noroiu.

După cum se poate vedea din fotografie, etuva aceasta fiind uşoară, merge în oraş trasă de un singur cal.

Asupra etuvelor cu presiune Geneste sau similarele ei, ţin să arăt că prezintă puţine avantagii şi pot afirma că prea multe desavantagii şi anume:

Aceste etuve sunt complicate, greu de întreţinut şi greu de manipulat şi nu mă îndoesc a spune că o manipulare complectă puţin ştiu s'o facă.

Intr'adevăr, aceste etuve au atâta ţevărie, manometre, robinete cu destinaţiuni bine stabilite în funcţionare, încât chiar cine e versat cu ele, dacă nu lucrează zilnic, uită manevrarea lor.

Şi ca să spunem adevărat, aceste etuve au nevoe de un mecanic pregătit, prin faptul că ele trebuesc întreţinute zilnic, aşa spre exemplu robinetele prind piatră, şi răsuflă şi trebuesc şlefuite, căldarea prinde piatră şi natural trebueşte demontate mamlocurile şi curăţate şi montate la loc, cu garnituri cari nu oricine poate să le pună

PROVEINASE MIDY

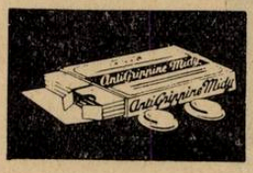
(COMPRIMATE)

REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOASE

POMMADE MIDY
SUPPOSITOIRES MIDY

MEDICAȚIA RAȚIONALĂ A HEMOROIZILOR

ANTIGRIPPINE MIDY

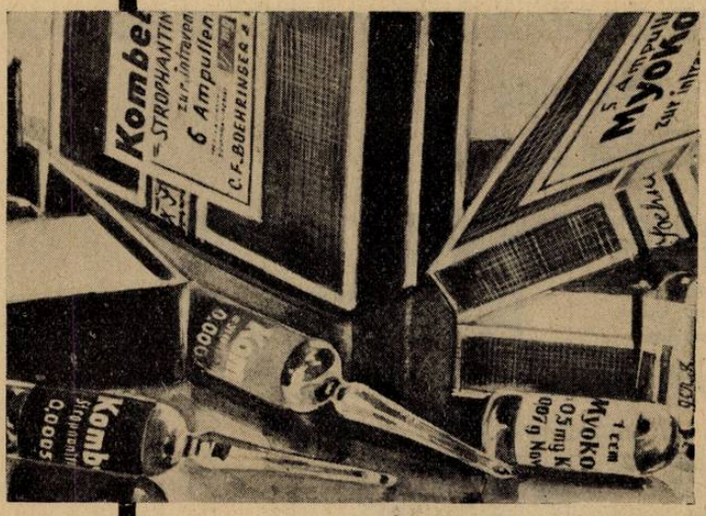


(CAȘETE)

REMEDIU SUVERAN CONTRA GRIPEI ȘI COMPLICAȚIILOR SALE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eșantioane și Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREȘTI, 4



KOMBETIN

Cutii cu 6 și 12 fiole
à 0.5 mg

MYOKOMBIN

Cutii cu 5 și 10 fiole

Apreciat de 30 de ani.
In cardiopatiile acute și cronice

Strophanthin-Boehringer

intravenos:

KOMBETIN

(Strophanthin Boehringer)
fiole de 0.5 mg

intramuscular:

MYOKOMBIN

1 fiolă = 0.5 mg Kombetin
+ 0.7 Novocain „Bayer"

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM–WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

ANGINE DE POITRINE

AORTITES, ASTHME CARDIAQUE, ARTÉRITES ETC.

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE** LALEUF

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 ou 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS
MAXIMUM : 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO ~ PARIS (XVI)

Reprezentanţa generală : PAUL ILUTZA, Str. Olari No. 23. — Telefon : 2.39.46.

la loc, o sticlă de nivel spartă nu poate fi înlocuită de oricine. Dacă ea funcţionează bine şi normal cine o poate afirma când personalul care o mânueşte poate nu a văzut niciodată o manipulare complectă, sau dacă a văzut-o în şcoală, să admitem, dar cum am arătat sunt lucruri cari se uită. Nu mai vorbim de ţevile cari plesnesc de îngheţ iarna şi de timpul lung de încălzire chiar ceasuri întregi până se face presiune.

Pe câtă vreme la etuva descrisă poate lucra oricine cu ea, neavând pregătire specială, nu este pericol de îngheţ nici de explozie, nici memorie mare nu trebue, nefiind nici un secret la manipularea lor şi sunt destul câteva rânduri scrise cu instrucţiuni pentru la reîmprospăta imediat funcţionarea lor.

După *Bernard*, trebue notat că desinfecţiunea ca mijloc de profilaxie nu este ca sterilizarea un procedeu de laborator.

Este o diferenţă foarte importantă pe care Prof. *Chantemesse* a stabilit-o bine. Ea permite o aplicaţiune practică a procedeelor, fără a ne opri la detalii prea mici sau a fi paralizată prin faptul că nu se distrug toţi germenii indiferenţi şi cari vor fi greu de omorît şi cari mişună în diverse medii.

Desinfecţiunea este deci destul de uşor de realizat cu condiţia să avem mijloace cât mai simple, sigure şi riguroase, putându-se face cu mijloace eftine şi rapide.

Concluziuni

Având în vedere puterea sterilizantă a acestor etuve pentru aproape toate maladiile pe cari le combatem în mod curent în oraşe şi la ţară, adică: Febra tifoidă, Tuberculoza, Scarlatina, Difteria, Tifosul exantematic etc.

Având în vedere preţul atât de redus — deasemeni considerând simplicitatea acestora şi uşurinţa lor de manipulare, puţina pretenţie la întreţinere şi mai ales uşurinţa lor, astfel că pot fi duse oricând şi oriunde — credem că ele se impun a fi utilizate.

Tipul automobil ce se vede în clişeul alăturat şi care este cel descris în acest articol, este modelul Serviciului sanitar al Municipiului Ploeşti, conceput şi executat de subsemnatul cu amicii şi colaboratorii mei, d-nii G. Jianu, secretarul serviciului sanitar al Municipiului Ploeşti, care cunoaşte tehnica şi Jean Ionescu, eminentul maistru mecanic, patron al atelierului unde s'a lucrat şi pe care-l recomandăm cu toată căldura şi totodată noi stăm cu toţii şi cu toată plăcerea la dispoziţia Onor. Minister şi a tuturor oraşelor, Municipiilor şi judeţelor pentru orice lămuriri, explicaţiuni sau probe cu aceste aparate.

REVISTA CARŢILOR

Chiray et Chêne. Ptoses gastriques et coliques. Un vol. 270 p. Masson et Co. 1939.

Diagnosticul ptozelor gastro-intestinale a devenit foarte frecvent în ultimii ani, pe de o parte dintr'o cauză reală şi anume schimbarea genului de frumuseţe, care cere o linie plată, obţinută cu o cură de slăbire adesea excesivă, iar pe de altă parte prin punerea ei în evidenţă cu mai multă uşurinţă prin introducerea curentă a explorării radiologice în afecţiunile gastro-intestinale. S'a ajuns astfel să se pună acest diagnostic chiar atunci când bolnavul nu suferă de turburări ce pot fi puse în raport cu această afecţiune. Datorită acestor circumstanţe s'a ajuns ca în practică diagnosticul de ptoză să devie monedă curentă, ceiace nu ar fi o greşală dacă existenţa ptozei uşor de diagnosticat n'ar antrena neglijarea unei explorări mai atente pentru descoperirea adevăratelor cauze cari aduc bolnavul la consultaţii.

Autorii se ridică deci contra acestui diagnostic de facilitate şi pentru situarea justă a problemei consideră ptoza gastro-intestinală în următoarele trei eventualităţi:

1. Când constatăm o dispepsie subiectivă şi ptoză radiologică.

2. Când întâlnim turburările unei ptoze fără ca radiologia să o confirme.

3. Când există o ptoză radiologică fără malaizuri, ptoză necunoscută sau descoperită întâmplător.

După ce expun etiologia şi patologia, autorii insistă succesiv asupra studiului clinic şi radiologic cât şi asupra afecţiunilor aşa de des mascate sau ignorate din cauza coexistenţei ptozei. Urmează apoi bilanţul organic general al ptozelor gastrice.

Capitolul terapeutic care cuprinde nu mai puţin de 50 de pagini este expus sub toate aspectele: dietetic, medicamentos, ortopedic, al fizio-terapiei, educaţiei fizice, climatologiei, higienei generale şi chirurgiei.

Deşi carte de doctrină în care părerile personale sunt expuse cu toată amploarea, autorii nu uită că subiectul este de ordin practic. Pentru aceasta, exemplificarea cu observaţii personale şi documentarea radiologică abundă.

Pentru mulţi ani ea va rămâne cartea clasică în care studentul, medicul practician sau universitarul îşi va complecta documentarea.

I. PAVEL

BIBLIOGRAFII

La Dermatologie en clientèle „L'Indispensable en Dermatologie", par H. Gougerot, Professeur des maladies cutanées et syphilitiques a la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hopital Saint-Louis. Livre couronné par l'Académie de Médecine. *Libraire Maloine.* Un volum format 15,5–22,5 cm., 806 pagini, 40 figuri în culori, 196 în negru şi 87 planşe.

Practicianul nu mai are timpul de a se complace în studiul marilor tratate, bogate în cunoştiinţe teoretice. I se cere să ştie totul; trebue deci să i se faciliteze această sarcină imposibilă de a şti tot ce-i este indispensabil, de a nu ignora nimic pentru a nu face rău bolnavilor săi.

Acest scop şi-l propune lucrarea de faţă. Bine cunoscută dela prima sa ediţie, cele succesive, au permis să se complecteze şi să se cureţe ce tot ce nu era indispensabil; a urmat progresele ştiinţelor dermatologice.

Conceput într'un spirit practic, înlăturând cu intenţiune toate datele teoretice, statistice, anatomice, cari nu au nici-o aplicaţie prognostică şi terapeutică, el rezumă «indispensabilul în dermatologie», indispensabilul de ceia-ce orice medic trebue să cunoască din diagnosticul, prognosticul şi din tratamentul afecţiunilor cutanate.

Actualités médico- chirurgicales. Quatriéme série. Neuf conférences par les chefs de clinique de la Faculté Médecine de Marseille. MM. J. Alliez, M. Audier, P. Buisson, G. Darcourt, J. Dor, G. Dumon, J. Olmer, M. Recordier, P. Sarradon. *Masson et C-ie, Éditeurs* Un volum de 193 pagini 30 fr.

I. Turburări psichice în cursul encefalitelor acute ale copilăriei. Pseudo-encefalitele infantile (J. Alliez).

II. Paraliziile cardiace (M. Audier).

III. Accidentele nervoase şi bradicardia (P. Buisson).

IV. Concepţiunile actuale ale tratamentului chirurgical al luxaţiunei congenitale a coapsei (G. Darcourt).

V. Perforaţiunea intestinală tifică; consideraţiuni asupra pronosticului şi tratamentului (J. Dor).

VI. Privire clinică şi terapeutică asupra abcesului plămânului (G. Dumon).

VII. Sindromele de insuficienţă a măduvei osoase (J. Olmer).

VIII. Insulina şi tuberculoza pulmonară a diabeticilor (M. Recordier).

IX. Problema patogenică actuală a spasmelor vasculare cerebrale (P. Sarradon).

Independența învățământului universitar obstetrical *)

de Dr. L. NISSIM

Ultimul secol a însemnat, pentru studiul medicinei, un progres de o amploare cu totul disproporționată față de secolele trecute.

Studiul amănunțit al fenomenelor fiziologice și patologice n'a putut fi realizat, decât atunci când s'a dat cercetătorilor posibilitatea să lucreze, în institute clinice ori de laborator, **specializate și independente.**

La început diviziunea s'a făcut pe specialități mari, pentru ca mai târziu să se înmulțească numărul lor, în raport cu exigențele tot mai mari ale științei medicale, legată și ea cu nesfârșite antene de progresele celorlalte științe.

Obstetrica a străbătut o cale colosal de lungă.

Devraigne a publicat în anul acesta o lucrare intitulată: «*l'Obstétrique à travers les âges*». Este cea mai vădită mărturie de eforturile pe care, această specialitate a medicinei, a trebuit să le facă în toate țările, pentruca să se libereze de alte specialități și să ajungă — numai astfel — la nivelul înalt de astăzi.

La noi, a apărut de curând interesanta lucrare a *Doctorului G. Vintilă: «Istoricul obstetricei și ginecologiei românești»* (1938). Cartea aceasta constitue dovada ce mai demonstrativă a drepturilor pe care le are obstetrica și în țara noastră, ca specialitate independentă. *Doctorul G. Vintilă* a fixat în cartea lui strădaniile unui secol întreg de organizare didactică și spitalicească.

La București:

Profesorul Iosef Sporer 1839 — 1854, preda obstetrica la «Institutul de nașteri»;

Profesorul Ștefan Capșa, 1855 — 1885;

Profesorul D. Drăghiescu, 1886 — 1912;

Profesorul N. Gheorghiu, 1912 —1937, căruia nu voi înceta de a mă cinsti, numindu-mă elevul d-sale.

La Iași:

Profesorul Anastase Fetu, 1852;

Profesorul Vasile Bejan, 1882;

Profesorul N. Zaharescu-Karaman.

Iată pleiada maeștrilor cari au muncit, au cinstit catedra și au impus obstetrica în atenția forurilor superioare didactice până la a o dubla, chemând pentru cea de-a doua clinică obstetricală din București pe *Profesorul N. Zaharescu-Karaman.*

In ceeace privește ginecologia românească, îl găsim pe *George Asaky* la 1898, profesor de clinică ginecologică și director al «*Institutului de ginecologie*».

Actualmente această clinică este condusă de *Profesorul C. Daniel,* care printr'o muncă asiduă a impus la noi ginecologia ca o specialitate independentă și — datorită acestui fapt — a înscris o serie de lucrări în patrimoniul medical universal.

* * *

Așa dar, în România, găsim o linie de demarcație netă — din punct de vedere didactic și științific — între obstetrică și ginecologie.

Și este logic și natural să fie așa.

Eu nu contest faptul că un medic obstetrician, poate și chiar trebue să facă ginecologie; ori faptul că un medic ginecolog poate să facă obstetrică.

Aci, însă nu este vorba de practica medicală; ceeace interesează este aspectul științific și didactic al problemei, cu aplicare în clinici și în învățământul superior.

De ce?

Cine ar mai putea susține astăzi că obstetrica nu este cea mai autentică dintre specialități?

Starea de graviditate imprimă femeii o configurație biologică, o fiziologie și o patologie cu totul specifică.

Maladiile pe cari le întâlnim în mod curent în afară de sarcină, capătă un aspect clinic cu totul deosebit de ceeace suntem obișnuiți să vedem. Schimbările enorme anatomice, chimice, imunologice, endocriniene, ce se petrec în timpul sarcinei, obligă pe cercetător la studii cari nici pe departe nu sunt identice cu ceeace se petrece în medicina generală.

Deci o atitudine și o terapeutică adequate unei situații biologice deosebite.

Acel **«coeficient obstetrical»**, căutat ca piatra filosofală a alchimiștilor, de către cercetătorii obstetricei, nu înseamnă decât sinteza tuturor modificărilor biologice ale femeii gravide, sinteză care — din vreme — ne va da indicații de anumite atitudini ce va trebui să luăm pentru a salva viața mamei și a copilului.

Nașterea este desigur un act fiziologic, dar el se pregătește dinainte și depinde, în mare măsură, de cunoștințele noastre obstetricale, pentru ca să evităm o serie de neajunsuri.

Neprevăzute și paradoxe sunt în toată medicina. Mai mult decât în oricare altă specialitate, aprofundarea problemelor de obstetrică pot contribui la menținerea etapelor puerperale în limitele fiziologice.

* * *

Pe de altă parte, organizarea arhitectonică, științifică și didactică, a unei clinici universitare obstetricale, este cu totul diferită de orice altă clinică universitară, implicit și de cea ginecologică.

Educațiunea științifică și spitalicească a unui obstetrician îi creiază o anumită mentalitate, care nu este aceiași nici cu a internistului, nici cu a chirurgului, nici cu a ginecologului.

Problemele sociale, cari decurg din vastele și nouile descoperiri din domeniul obstetricei, sunt cu totul altele decât a tuturor celorlalte specialități; iar ginecologia — ca știință independentă — se găsește astăzi la un nivel atât de înalt, încât problemele și operele instituționale sunt ale ei proprii.

* * *

Raportându-mă la cele ce am scris și altădată în această chestiune, am dreptul să constat că argumentele converg către următoarele obiective:

1) *In opera de ocrotire și asistență materno-infantilă, învățământul obstetrical joacă un rol covârșitor;*

2) *Intre obstetrică și ginecologie există o linie de demarcație bine stabilită și verificată de mari personalități din străinătate și de la noi;*

3) *Ambianța științifică pe care a creiat-o obstetrica românească și ginecologia românească, se datorește libertății de expansiune a fiecăreia în parte;*

4) *Revenirea la independența obstetricei în învățământul obstetrical, este un postulat care trebue realizat fără nici o rezervă și cât mai grabnic.*

* * *

Pe deasupra argumentelor de ordin științific și didactic, primează starea de necesitate socială și națională.

Măsura luată din Ministerul sănătății de a mări numărul moașelor rurale, fie prin micșorarea numărului anilor de studii, fie prin înmulțirea școalelor de moașe, nu va putea da rezultatele, pe care avem dreptul să le așteptăm, decât dacă tot acest personal auxiliar este condus și controlat cu perseverență de medici obstetricieni bine pregătiți în marile clinici universitare.

Ca o consecință logică a acestor constatări putem afirma că învățământului universitar obstetrical îi revine dreptul și datoria de a contribui într'o largă măsură la rezolvarea problemei ocrotirii și asistenței materno-infantile.

*) A se vedea *România Medicală* No. 17, 1 Sept 1939: «Importanța învățământului universitar obstetrical în realizarea ocrotirii și asistenței materno-infantile».

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, anti-toxic antiinfecțios.

In fermentațiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic și infecțios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDUREROS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 $^{0}/_{00}$, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2 -3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre și literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, București I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**

STREPTOCOCCII

TRATAMENT PREVENTIV ȘI CURATIV

MENINGOCOCCII
PNEUMOCOCCII
GONOCOCCII

INFECȚIUNI URINARE

SEPTOPLIX

1162 F

p-amino fenilsulfamid

Admis pentru prescripție
în Spitalele Asistenței Publice Franceze,
în Serviciile Sanitare ale Ministerului de Răsboi Francez,
și
adoptat de Ministerul Sănătății Publice Francez.

PARIS-7e

THÉRAPLIX

Propagande medicale: „THERAPLIX" Str. Anastasie Simu 6, București III.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Mişcarea populaţiei României în luna Aprilie 1939

Datele buletinului demografic al României, de sub conducerea d-lui dr. Sabin Mănuilă, publică în ultimul său număr date privitoare la mişcarea populaţiei noastre în Aprilie 1939, comparativ cu situaţia din Aprilie 1938.

Populaţia României este în crestere cu tot sporul mortalităţii infantile.

In Aprilie 1938 ea era de 19.646.151.

In Aprilie anul acesta, era de 19.852.070, ceeace înseamnează că a sporit cu 205.919 locuitori.

Din numărul total numai 3.619.409 reprezintă populaţia mediului urban, 16.232.661 populaţia mediului rural.

Anul acesta a scăzut natalitatea şi a crescut mortalitatea.

Proporţia era următoarea: născuţi vii în Aprilie 1938, 32,5 la mie. In Aprilie anul acesta, 29,1 la mie. Decese în Aprilie anul trecut, 21,4 la mie. In Aprilie anul acesta, 24,9 la mie. In special decesele copiilor până la un an au crescut dela 18,5 la mie anul trecut, la 20,8 la mie anul acesta.

Tabela statistică ce ne arată decesele şi cauzele lor, este destul de interesantă.

Din ea aflăm proporţia deceselor, pe cauze. Astfel la 100.000 de locuitori, 235,5 mor de tuberculoză, 50,9 de cancer, 93,3 sistem nervos, 120 aparat digestiv, 47,4 morţi violente, 200,5 boli de inimă, 385,4 bolile primei copilării, 435,9 senilitate şi 632,8 aparatul respirator.

Pelagra produce mai multe victime decât credem (19,1 la o sută de mii), mai multe chiar decât sifilisul (8.3 la aceeaşi proporţie).

Un institut pentru studiul alimentaţiei muncitorului şi altul de fiziologia muncei

Ministerul muncii a înfiinţat în Bucureşti un Institut pentru studiul alimentaţiei muncitorului sub conducerea d-lui prof. dr. Gh. Băltăceanu şi un institut pentru studiul fiziologiei muncii, sub conducerea d-lui prof. dr. I. I. Nitescu.

Ambele institute sunt destinate să studieze condiţiunile adaptării muncitorului român la munca industrială şi să înlesnească organizarea ştiinţifică a muncii la noi în ţară.

Se lucrează actualmente la organizarea şi înzestrarea cu aparate a acestor institute.

Este de remarcat că ministerul muncii este în serie cu iniţiativele destinate să amelioreze condiţiunile de viaţă şi de lucru ale muncitorilor.

† Fraţii Mayo

La câteva luni interval s'au stins din viaţă fraţii Mayo, unind astfel şi prin moarte destinul lor care a fost nedespărţit.

Chirurgi celebri, cercetători norocoşi semnând totdeauna împreună, sunt încă poate şi mai bine cunoscuţi prin crearea spitalului Saint-Mary din Rochester.

Instrument de lucru incompatibil, acest centru a atras figurile cele mai reprezentative ale chirurgiei, ale medicinei, fiziologiei şi altor specialităţi creind astfel o ambianţă ştiinţifică de prim ordin.

După războiu Rochester devenise pentru America, dar şi pentru Europenii cari treceau din ce în ce mai mult Oceanul, un fel de Meca. Se mergea acolo pentru a vedea pe cei mai mari chirurgi ai timpului, pentru a studia metoda care a dus la rezultate aşa de fericite pentru a simţi ambianţa ştiinţifică, pentru a vedea realizările, cari depăşesc imaginaţia noastră europeană.

Cititorii «României Medicale» au putut vedea într'un ultim act de creaţie al «Fundaţiei Mayo pentru educaţia medicală şi cercetări», publicat în No. 6 din acest an, generozitatea lor, sentimentele sociale care-i anima şi, mai ales creditul pe care-l acordă atât pentru creaţie, cât şi pentru conducere, generaţiilor tinere.

Concursuri pentru medici de specialitate la C. F. R.

Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în luna Decembrie 1939 va începe la Bucureşti în localul Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, din Calea Griviţei Nr. 64, concurs pentru ocuparea următoarelor posturi de medici, pendinte de Direcţiunea Generală C. F. R. şi anume:

Marţi, 5 Decembrie 1939, ora 9 a. m.

Pentru ocuparea postului de medic în specialitatea ginecologie vacant la Direcţia R. Central Bucureşti plătit cu 7000 lei salariu lunar brutto.

Luni 11 Decembrie 1939, ora 9 a. m.

Pentru ocuparea postului de medic în specialitatea boli nervoase, pentru serviciul Psihotechnic din Direcţia R. Central Bucureşti, plătit cu lei 7000 salariu brutto lunar.

Au dreptul să se prezinte la aceste concursuri toţi cei cari îndeplinesc condiţiunile prevăzute de art. 191 şi 198 din legea sanitară şi de ocrotire publicată în Monitorul Oficial Nr. 140 din 22 Iunie 1935 şi anume:

a) Să fie doctor în medicină.

b) Să fie cetăţean român.

c) Să nu fie condamnat prin hotărîre judecătorească definitivă la vre-o pedeapsă infamantă.

d) Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor Ministerului, sau exclus temporar în momentul cererei, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de legea sanitară.

e) Să nu fi fost destituit din alte funcţiuni publice, sau căzut în vreuna din pedepsele care, după legile privitoare la funcţionarii publici, le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni.

f) Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării.

Condiţiuni speciale:

Candidaţii vor dovedi că au cel puţin 5 ani practică medicală şi un stagiu spitalicesc de cel puţin trei ani în specialitatea pentru care dă concursul.

Stagiul de practică medicală este redus la 3 ani pentru medicii interni cu concurs dacă au funcţionat în mod efectiv cel puţin 3 ani.

Deasemenea sunt dispensaţi de stagiu spitalicesc de specialitate, medicii cari au diploma de specialitate emisă de Facultatea de Medicină în ramura respectivă.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări şi activitate în specialitate;

2. Două probe clinice pe doi bolnavi atinşi de o boală din specialitatea pentru care se concurează;

Pentru postul de ginecologie:

3. Două probe practice dintre cari:

a) O operaţie pe cadavru din specialitatea pentru care concurează şi

b) O probă de anatomie patologică pe piese preparate pentru chirurgie generală şi specialităţile sale.

Pentru postul de boli nervoase:

Două probe practice dintre cari:

a) O probă de anatomie patologică şi

b) O probă de laborator (bacteriologie sau chimie biologică cu aplicaţie la clinică).

Atât candidaţii înscrişi pentru ginecologie cât şi cei înscrişi pentru boli nervoase vor mai trece o probă referitoare la legile şi regulamentele de funcţionare ale Direcţiunei Generale C. F. R.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii, Calea Griviţei 64 Bucureşti, cererile lor însoţite de acte şi suma de 2000 lei cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Concurs pentru medici de circumscripţie C. F. R.

Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Vineri 1 Decembrie 1939, ora 9 dimineaţa va începe la Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale din Calea Griviţei Nr. 64—66, concurs pentru ocuparea următoarelor posturi de medici de circ. C. F. R. şi anume:

2 posturi la Direcţia R. Central Bucureşti plătit cu lei 7.000.

1 post la Circ. 53 Braşov plătit cu lei 6.6440.

1 post la circ. 23 Oltenita plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 71 Galaţi plătit cu lei 6.440.

1 post la circ. 26 Feteşti plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 35 Piteşti plătit cu lei 6.440.

1 post la circ. 46 Calafat plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 56 Miercurea Ciuc plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 73 Reni plătit cu lei 5.600

1 post la circ. 39 P. Olt plătit cu lei 5.600.

1 post la circ. 74 Basarabeanca plătit cu lei 5.600.

1 post la circ. 92 Huşi plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 113 Adâncata plătit cu lei 5.600.

1 post la circ. 99 Comăneşti plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 84 Iaşi plătit cu lei 6.440

1 post la circ. 139 Blaj plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 142 Mediaş plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 200 Răsboeni plătit cu lei 5.600.

1 post la circ. 121 Satu Mare plătit cu lei 6.440.

1 post la circ. 122 Careii Mari plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 155 Beiuş plătit cu lei 6.160

1 post la circ. 127 Baia Mare plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 156 Salonta Mare plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 129 Dej plătit cu lei 6.160

1 post la circ. 125 Jibou plătit cu lei 5.600.

1 post la circ. 126 Somcuta Mare plătit cu lei 5.600.

1 post la circ. 137 Gheorgheni plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 158 Ineu plătit cu lei 5.600.

1 post la circ. 187 Simeria plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 163 Arad plătit cu lei 6.440

1 post la circ. 185 Făget plătit cu lei 5.600.

1 post la circ. 102 Roman plătit cu lei 6.160.

1 post la Serviciul Medical Timişoara plătit cu lei 6.440.

1 post la circ. 103 Paşcani plătit cu lei 6.160.

1 post la circ. 170 Timişoara plătit cu lei 6.440.

Au drept să se prezinte la acest examen toţi cei cari îndeplinesc condiţiunile art. 191 şi 195 din legea sanitară şi de ocrotire, publicată în Monitorul Oficial nr. 140 din 22 Iunie 1935 şi anume:

Condiţiuni generale: Aceleaşi ca şi pentru medicii de specialitate, publicate în acest număr al revistei.

Condiţiuni speciale

Candidaţii vor dovedi că au un stagiu de câte 3 luni după obţinerea titlului de doctor în medicină, într'un serviciu de boli infecţioase, de obstetrică şi de pediatrie. Sunt dispensaţi de acest stagiu internii cu concurs ai spitalelor, medicii auxiliari şi preparatorii de clinici, cari vor dovedi că au făcut aceste stagii.

Medicii cari au diplome de igienişti sunt dispensaţi de aceste stagii, dacă le-au făcut în timpul cursului sau anterior.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă scrisă din igienă şi boale infecţioase.

2. O probă clinică de medicină internă sau medicină infantilă.

3. O probă de obstetrică.

4. O probă de administraţie şi legislaţie C. F. R.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru examen, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de lei 1000, cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea examenului.

NECROLOG

† Prof. Agr. Dr. Gh. Severeanu

Unul din stâlpii de nădejde ai radiologiei româneşti, Profesorul agre-

gat Dr. Gheorghe Severeanu, ne-a părăsit, senin şi liniştit, ca eroul care şi-a îndeplinit cu prisosinţă datoria.

Moştenitor al unui nume şi al unei reputaţii deosebite, a profesorului Severeanu, veteranul şi unul din primii chirurgi ai ţărei, Severeanu fiul a fost, după prof. Gerota, primul roentgenolog şi radium terapeut român.

Prin activitatea şi priceperea sa, trecând cu examen, ca asistent, conferenţiar şi ulterior ca profesor agregat, a ajuns a preda la Facultatea de Medicină din Bucureşti, Radiologia medicală.

Prin vechimea şi prin activitatea sa în specialitatea electro-radiologiei ne-a determinat pe noi din aceiaş specialitate a-i încredinţa lui, prima Preşidenţie a Societăţei de Radiologie şi Electrologie medicală din România, onoare repetată peste câţi-va ani.

Cu calm, cu prestanţă şi cu competinţă prezida şedinţele precum şi cu tot sufletul participa la tot ce interesa, ştiinţific sau profesional, aceastăramură tânără dar activă a specialităţei, atât în ţară cât şi în streinătate.

El era reprezentantul Facultăţei la orice Congres internaţional de Electro-radiologie, ca cele de la Stockholm, Paris, Zürich, Chicago sau la cel jugoslav din Belgrad. Avea relaţiuni amicale cu specialiştii din diverse state, unde era atât de apreciat.

Numeroase sunt lucrările lui şi mai ales în lupta contra cancerului era printre primii cu cuvântul, iar în Serviciul şi în Institutul său şi cu fapta.

Ca Inspector sanitar radiolog în Ministerul Sănătăţii, a contribuit la înzestrarea spitalelor cu aparate roentgenologice şi la directive în aplicarea radiaţiilor.

Prin caracterul său leal, cavaleresc, prin competinţa sa, prin munificenţa sa, prin sufletul său de bun coleg, era iubit şi apreciat de numeroşii săi elevi şi de confraţi şi colegi.

Noi, electro-radiologii români, suferim o mare pierdere şi suportăm cu greu o mare durere prin plecarea între cei drepţi a unui distins confrate, a unui eminent coleg şi a unui valoros prieten.

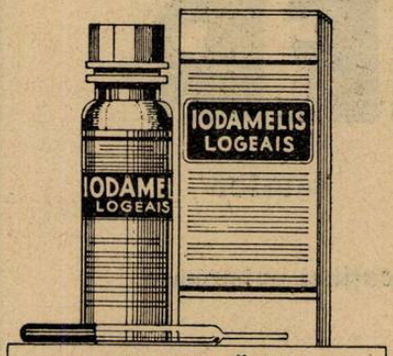
Rugăm pe mult stimata şi adânc îndurerata doamnă Severeanu şi familia a primi din parte-ne încurajarea respectoasă în suportarea acestei mari dureri, asigurând-o că vom păstra neştearsă, la loc de cinste, memoria Profesorului agregat Dr. G. Severeanu.

Gen. Dr. G. N. GIUREA

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII
•
TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE
•
MALADII
ALE NUTRIȚIUNII

2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

In comprimate drageifiate

FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8

fabrica de produse chimice
gedeon richter s. a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Profilaxia şi tratamentul infecţiunilor căilor respiratorii la adulţi şi la copii cu

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

pentru injecţiuni intramusculare.

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicaţiuni pulmonare postoperatorii, etc., etc. !!

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

In afecţiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special pneumonie, abces pulmonar, bronchopneumonie, pleurezie purulentă, etc.

apoi în septicemie, remediul suveran

Camfalcol inj.

Camfor — Alcool — Glucoză

Pentru injecţiuni intravenoase.

20—80 cc. pe zi, după gravitatea cazului.

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.
Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.
Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
S. A. (Suisse)

La dureri mari
(Nevralgii, colici, cancer,
dureri postoperatorii)
Pentru pregătirea narcozei
Pentru calmarea iritaţiunilor tusigene

EUKODAL Merck

Fiole de 0,01 şi 0,02 g.
Tablete de 0,005 g.
Supozitoare de 0,02 g.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant „CHIMIROMAN", Bucureşti I.: Str. T. G. Masaryk Nr. 32.

RUBIAZOL

CHIMIOTERAPIA ATOXICĂ ŞI FĂRĂ ACCIDENTE, A STREPTOCOCIILOR SIMPLE ŞI ASOCIATE

PREVENTIV { Realizează o adevărată imunitate chimică contra **Streptococului.**

CURATIV { Vindecă toate maladiile provocate sau agravate de **Streptococ.** Acţionează şi asupra **Stafilocociilor** generalizate, **Meningocociilor** şi **Colibaciluriilor.**

Erisipel — Septicemie — Bacteriemie — Gripă — Scarlatină
Pneumonie — Broncho - Pneumonie — Pleuresie — Angine —
Strepto - Difterie — Otite — Mastoidite — Meningite — Flegmoane —
Dermatite — P i e l o n e f r i t e — C i s t i t e — Colibaciloze.

NICI O TOXICITATE

1. Trebue intervenit imediat, administrând d o z e suficiente.
2. Tratamentul va fi continuat încă câteva zile după dispariţia simptomelor infecţioase

COMPRIMATELE

sunt singure suficiente, aproape în toate cazurile.

Adulţi: 6—12 pe zi.
Copii: Jumătate doză.

FIOLE

de 5 cc. = 0 gr. 25, sunt injectabile exclusiv pe cale intramusculară.

Adulţi: 2 — 3 pe zi
Copii: Jumătate doză.

In afecţiunile cu caracter grav, nu ezitaţi să administraţi doze de 15 — 20 comprimate pe zi, cea mai ridicată posologie putând fi depăşită, fără să prezinte vre-un inconvenient.

Laboratoarele Dr. Roussel—Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei BUCUREŞTI III Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 20 — 10 Lei Exemplarul — 15 Octombrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Mavrodin D., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Pavelescu P., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Profesor Dr. MIHAI CIUCA. *Orientări în lupta antimalarică* 257

Dr. PAUL GOTCU: *Serul glucozat hipertonic intraperitoneal în tratamentul broncopneumoniilor sugarului* 260

Dr. ŞTEFAN POPIAN: *Consideraţiuni asupra anesteziei cu pantocaină în oto-rino-laringologie* 261

REVISTA CĂRŢILOR

Dr. Al. D. Rădulescu: «Tratat de Ortopedie Chirurgicală, recenzat de Dr. B. Susan 262

Pagina

PROBLEME DE ORGANIZARE A ÎNVĂŢĂMÂNTULUI MEDICAL

Profesor Dr. P. TOMESCU: *Facultăţile de Medicină trebue să dea ţărei—Medicii de care are nevoe* 263

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Fundaţiunea Leon Bernard; Medici austriaci glorificaţi prin mărci poştale; Australia acordă medicilor refugiaţi dreptul de a profesa în regiunile rurale; Concurs de medici primari de judeţ la Ministerul Sănătăţei; «Medicina şi Psihologia militară»; Locuri vacante de medici la instituţiile ministerului sănătăţii 265

Pagina

Mişcare în corpul medical al Ministerului sănătăţii 266

BIBLIOGRAFII

Les acquisitions nouveles de l'endocrinologie, par *R. Rivoire*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 264 pagini, 45 fr.

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier*. «Les petits precis», par *A. Cantonet*, Edition Librairie Maloine.

Les explorations fonctionnelles, par *Noël Fiessinger*, Masson et C-ie, éditers. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

Les hépatites, par *Maurice Loever*, Masson et C-ie éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

Noţiuni de Laringologie clinică, de *Prof. Dr. G. Buzoianu* Directorul Clinicei O. R. L. de la Facultatea de Medicină din Cluj. Un volum de 368 pagini. Tipografia «Cartea Românească», Cluj.

Pentru stimularea rapidă a organelor hematopoetice

Campolon

Preparat de ficat injectabil, foarte activ şi în doze mici.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

Fiole de 2 şi 5 cmc; Flacoane cu dop de străpuns de 10 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.86; Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor 8, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

In tusea afecţiunilor, laringiene, pulmonare şi bronchice, dureri de deglutiţie din anghine acute, procese ulcerative ale faringelui şi laringelui, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii superioare

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Aethylamidobenzoic 0,03, Fenacetină 0,08, Thimol, menthol, ol. Eucalipt àà 0,015, sachar. alb ad 1 gr. —

Adulţi 6—8 pastile pe zi, copii mai puţin după vârstă. Pastila se suge încet, până la terminare. Tub orig. a 25 pastile

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, Na. phenilaethylbarbituric Na. benzoic, etc.

Adulţi: 3 — 4 linguri, copii 3—4 linguriţe pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofosfat de Ca. Extr. Kola, strichnin, vin malaga.

Adulţi 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăţi, etc.

NOU

CEREBROL

Calcium. Brom. Analgesină. Valeriană desodorată, Na. phenilaethylbarbituric. 1/2 gr. brom pe linguriţă.

Doza: 3 linguriţe pe zi sau după caz, în puţină apă sacharată.

gust agreabil.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg

Amine ale acidului izovalerianic.

De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.

Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

GUŞE şi BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.

Injecţiuni subcutane

rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.

Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.

1 Fiolă la 2—3 zile.

Laxativ şi Purgativ

— Substanţe pur vegetale —

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.

Nu produc obişnuinţă.

Doza laxativă: 1 pastilă seara.

Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.

Cutii orig. a 80 drageuri.

Repr. I. Zelţer — Bucureşti Str. Profetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele En-gros de medicamente.

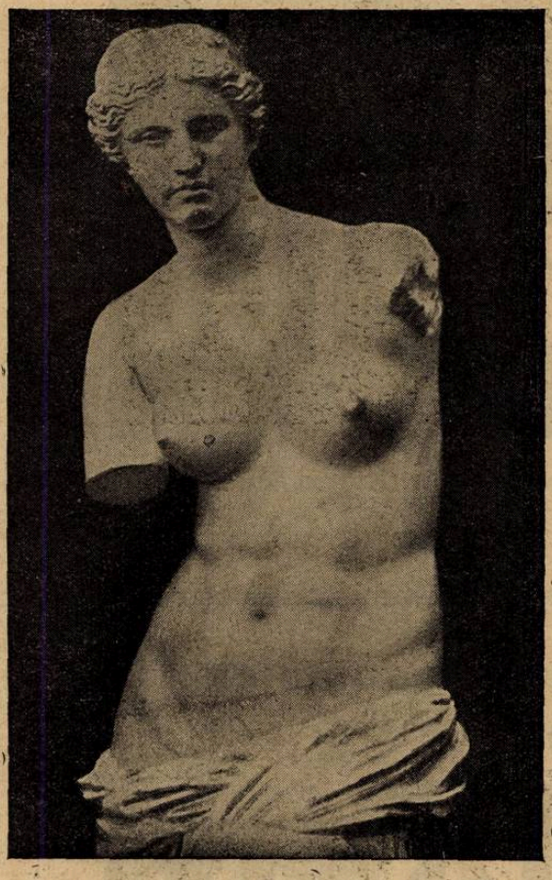
Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „
Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România
„CENTRA"
Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. București IV, str. Avram Iancu, 32 Tel. 5.51.51

In receptura zilnică contra insomniei se prescrie

Phanodorm

Somnifer universal

După somn reconfortant redeșteptare cu senzație de vioiciune

Ambalaje originale: Tub cu 10 tablate de 0,2 g.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Brezoianu 53. Tel: 3.92:86
Sucursala Cluj. Calea Moților 18. Tel.: 37.22

„CHIMIROMAN" BUCUREȘTI, I.
Str. Th. G. Masarik 32, Tel.: 2.72 34

Anul XVII. No. 20 — 10 Lei Exemplarul — 15 Octombrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

ORIENTĂRI IN LUPTA ANTIMALARICĂ

Contribuţiuni aduse de staţiunile de studii a malariei din România

de Prof. Dr. MIHAI CIUCĂ

Expunere făcută de D-l Profesor Dr. **Mihai Ciucă** *Academiei române, în şedinţa solemnă în care s'a făcut recepţia sa ca membru titular al acestei Instituţii. Problema malariei interesând pe toţi medicii, „România Medicală" a solicitat autorului şi Academiei, publicarea acestui articol, pentru care le aducem mulţumirile noastre.*

Problemele ridicate de epidemiologia Malariei, progresele cercetărilor făcute în ultimii 20 ani şi aplicarea utilă a rezultatelor la orientarea luptei antimalarice vor constitui punctele principale ale acestei expuneri, în cursul căreia vom da locul cuvenit activităţii desfăşurate de Staţiunile de studii a Malariei din ţara noastră.

Nu există metodă de medicină preventivă şi de profilaxie, care să fi adunat mai multe decepţii în trecut, decât metodele utilizate în lupta antimalarică.

Este bine cunoscut că metodele de luptă antimalarică urmăresc în primul loc distrugerea parazitului malaric în organismul bolnavului, rezervorul important al infecţiunii; întrebuinţarea pe de altă parte a mijloacelor adecvate contra speciilor vectoare a gen. Anopheles, cu scopul de a limita multiplicarea şi restrânge contactul lor cu omul.

Principiul este simplu, succesele aplicării însă depind de un complex întreg de factori, cari deţin deopotrivă de ciclul parazitului în organismul omului şi ţânţarului şi de numeroşii factori ai endemicităţii locale, sub a căror influenţă se pot găsi în prezenţă 3 elemente vii *(parazitul, ţânţarul şi omul)*, fiecare cu biologie proprie şi potenţialităţi diferite.

Scepticismul în eficacitatea metodelor şi căutarea de noi mijloace pot fi justificate dacă ţinem socoteală că descoperirea hematozoarului de către *Laveran* (1880), a căii de transmisiune a infecţiunii prin ţânţar de către *Manson, Ronald Ross* şi *Grassi* (1885—1898) şi cunoaşterea de mai bine de 200 de ani — numai în Europa — a acţiunii febrifuge a pulberii coajei arborelui Cinchona, n'au ajuns încă să înarmeze ţările malarice contra pierderilor enorme provocate de această boală. Asistăm încă şi în zilele noastre la izbucniri epidemice, îmbrăcând uneori un caracter catastrofal.

Carenţa metodelor de luptă antimalarică a fost scoasă în evidenţă, mai ales de urmările războiului prin reaprinderea focarelor epidemice nu numai în Europa, loc de întâlnire a grupuri de populaţii aparţinând tuturor continentelor, ci şi în ţările de origină a diferitelor armate. Dezastrul militar provocat de malarie în armatele dela Salonic, a purtat greutatea sa până în ţara noastră. In unele din ţările europene, unde malaria dispăruse de 60—70 ani, reapar focare epidemice limitate odată cu întoarcerea soldaţilor infectaţi pe fronturile de luptă, demonstrând că *speciile locale de Anopheles nu-şi pierduseră, în interval, caracterul de insectă vectoare.* Focarele epidemice localizate din Germania, Polonia, Archangelsk cum şi aspectul pandemic din Rusia (13.000.000 cazuri) sunt tot atâtea exemple.

Problemele, ridicate de noile aspecte epidemiologice ale malariei, nu se puneau însă pentru întâia oară în timpul şi în anii de după războiu. Epidemiologia malariei este, din nefericire, bogată în fapte similare. Nu trebue să uităm că mai mult de două civilizaţii au fost distruse de această boală. Ţinuturi şi oraşe din ţările tropicale, înfloritoare altădată, sunt în zilele noastre desgropate de arheologi de sub învelişul nepătruns al vegetaţiei tropicale.

Intreaga vieaţă socială a fost desorganizată în Punjab în 1908 de o serie de valuri epidemice de o intensitate neobişnuită, cari, într'o provincie mai mare decât ţara noastră şi cu o populaţie de 20.000.000 locuitori, au cauzat 250.000 de cazuri de moarte în curs de 3 luni.

Epidemia din Ceylan în 1934—1935, care urma la un interval numai de 6 ani unui alt val epidemic de o mai slabă intensitate, se termina după 8 luni cu un bilanţ din cele mai negre: mai mult de 1.500.000 cazuri la o populaţie de 5.500.000 locuitori şi un surplus de 69.615 cazuri de moarte într'o ţară, care din punctul de vedere al organizării sanitare stă pe un plan mai ridicat decât multe din ţările Europei Meridionale şi Orientale *(Briercliffe, Dunn, Gill).*

Aceste câteva exemple arată *limita cunoştinţelor noastre* asupra numeroşilor factori epidemiologici, cari imprimă variatele aspecte ale endemicităţii locale; cunoaşterea lor pentru prevenirea unor flagele similare este indiscutabilă.

Pentru a justifica o acţiune antimalarică mai bine orientată, un distins malariologist englez, *Col. Sinton*[1]), îşi încheia — în anii din urmă — experienţa de 25 ani în materie de luptă antimalarică, cu un memoriu asupra pierderilor provocate de malarie în ţările tropicale. Intr'un sub-continent de 319.000.000 locuitori, pierderile provocate de malarie sunt exprimate după cum urmează:

Mai mult de 1.000.000 de cazuri mortale pe an, în afară de eventuale valuri epidemice periodice în unele regiuni, când întreaga viaţă socială şi economică este suspendată.

Scăderea populaţiei, a vitalităţii şi desvoltării fizice a poporului. O pierdere pentru economia generală, care s'ar ridica anual la 80.000.000 lire (48 miliarde lei).

Utilizând metode similare de calcul şi ţinând socoteală de condiţiunile epidemiologice speciale ale ţării noastre, şi de cifrele date de Ministerul Sănătăţii: 200.000 de malarici trataţi în 1938 şi o medie anuală aproximativă de 170.000 de malarici în ultimii 14 ani, ar reprezenta pe an 2.000.000 de zile de lucru pierdute în plin sezon agricol. La această pierdere ar trebui să adăogăm costul tratamentului (personal şi medicamente), costul asistenţei spitaliceşti a cazurilor grave, risipa provocată de întârzierea muncilor agricole, scăderea capacităţii de lucru, etc. Las competinţei economiştilor să traducă în bani aceste pierderi, cari, mi-e teamă, se vor ridica la mai multe sute de milioane de lei pe fiecare an.

* * *

Din observaţiile malariologiştilor se desprindeau astfel un număr de fapte cari cereau o verificare ştiinţifică a noţiunilor utilizate până atunci în materie de luptă antimalarică.

Metode de luptă antimalarică eficace într'o ţară malarică, se arătau cu totul insuficiente într'o alta, care imita fidel modelul fără un studiu prealabil al *condiţiunilor epidemiologice locale.*

Tratamentul intensiv al cazurilor, folosit ca unică metodă de luptă antimalarică, putea să înregistreze succese importante într'o ţară temperată cu sezon malaric scurt şi să nu fie în stare să facă faţă condiţiunilor de en-

1) *Sinton J. A.* Records of malaria survey V: 413 '35.

demicitate a unei ţări tropicale, mai cu deosebire când interveneau noi factori economici şi sociali, cari favorizau eventual izbucnirea şi întinderea epidemiei.

Un tratament eficace de 3—4 zile a acceselor într'o ţară malarică temperată se arăta cu totul insuficient într'o regiune cu endemicitate ridicată, unde dozele terapeutice eficace a produselor antipaludice trebuiau mărite cu 50—70%, pentru a căpăta un efect similar.

«*Ipoteza raselor geografice de paraziţi şi a sensibilităţii lor deosebite faţă de medicamentele antipaludice cerea noi cercetări*».

Metode anofeliene, de luptă antimalarică, aplicabile în colectivităţi mari cu resurse economice importante, erau mult limtate în raport cu imensitatea anofelismului local şi varietatea speciilor. Eficacitatea lor era mai variabilă dela o ţară la alta decât chiar aceea a metodei primare de luptă arătată mai sus.

«*Importanţa cunoaşterii speciilor vectoare şi a varietăţilor locale a biologiei şi oecologiei lor devenea hotărîtoare pentru elaborarea unui plan sistematic de luptă antimalarică*».

Introducerea în regiuni malarice — fără a lua măsurile necesare de prevenire — de contingente de lucrători, trupe, etc., venind din regiuni fără Malarie sau în alte condiţiuni de endemicitate, nu odată era urmată, 14—15 zile mai târziu, de îmbolnăvirea a mai mult de 75% din efectiv.

Aşezările noi de populaţii şi colonizările făcute în aceleaşi condiţiuni erau urmate de un dezastru similar. Exemplul schimbului de populaţii între Turcia şi Grecia în 1922—1923 este încă viu în memoria malariologiştilor.

«*Importarea de tulpini exotice de paraziţi, desechilibrul provocat de acestea în endemicitatea locală şi întreaga problemă a imunităţii în malarie erau din nou ridicate de diferitele aspecte epidemiologice amintite mai sus, cari făceau contrast cu faptele observate şi bine studiate în regiuni malarice izolate cu o populaţie bine stabilizată*».

«Condiţiunile de război în sfârşit agravaseră încă mai mult condiţiunile de aprovizionare cu chinină şi ceilalţi alcaloizi din coaja de Chină, singurele remedii cunoscute până atunci».

«*Căutarea de noi mijloace terapeutice şi continuarea cercetărilor asupra produselor sintetice antimalarice devenea din ce în ce mai actuală*».

Incheierea logică a acestor constatări era reluarea sistematică a investigaţiunilor şi studiilor ridicate de aceste probleme:

Cercetarea obiectivă a rezultatelor metodelor de luptă antimalarică utilizate până atunci şi revizuirea cunoştinţelor pe cari se bazau.

Renunţarea la dogmele rigide preconizate în materie de luptă antimalarică şi mai ales la generalizarea lor fără un studiu prealabil al condiţiunilor locale de endemicitate.

Stimularea şi organizarea de investigaţii şi cercetări asupra factorilor necunoscuţi, a căror influenţă apărea din observaţiile făcute.

* * *

Voiu încerca, în limita timpului fixat unei comunicări, să rezum faptele dobândite, cari au împlinit în ultimii 20 de ani golurile cunoştinţelor noastre şi au dat pe terenul aplicării practice, orientări mai precise pentru lupta antimalarică.

La activitatea şcoalelor vechi de Malariologie, organizarea tânără a staţiunilor noastre de studii a Malariei şi-a căpătat repede un loc important în progresul cercetărilor, mulţumită înţelegerii arătate de directorii spitalelor de boale mintale, ajutorului consimţit de Ministerul Sănătăţii şi donaţiunii Fundaţiei Rockefeller, care a construit pe cheltuiala proprie Staţiunea de Malarioterapie de pe lângă Spitalul Socola, condus cu o rară competinţă de Prof. Ballif*).

Organizaţia de Igienă a Societăţii Naţunilor, care a realizat o strânsă colaborare internaţională prin mecanismul Comisiei de Malarie, a oferit staţiunilor noastre de studii burse pentru tinerii malariologişti şi de multe ori ne-a ajutat în îndeplinirea programului şi cu mijloace materiale necesare studiilor pe teren.

Reţeaua instituţiilor noastre de cercetări şi studii a malariei cuprinde:

Trei staţiuni de malariaterapie pe lângă spitalele de boale mintale: Socola, Spitalul Central Bucureşti şi Coştiugeni, pentru studiul infecţiunii provocate în scop terapeutic în sifilisul nervos.

Trei staţiuni pentru studiul infecţiunii naturale pe teren: Gurbăneştii sub scutul Institutului de Igienă din Bucureşti condus de prof. *Mezincescu;* Tomeştii cari ţin de Institutul de Igienă din Iaşi, condus de profesorii Slătineanu şi Bălteanu şi *Staţiunea pentru studiul problemului Malariei pe litoral*, condus de Prof. Zotta.

Un departament de Malarie în Spitalul Izolarea din Iaşi, pentru studii clinice şi cercetări terapeutice a infecţiunii naturale.

O secţie de parazitologie şi un serviciu de chimioterapie a malariei pe lângă Institutul Cantacuzino, de sub conducerea Prof. *Ionescu-Mihăeşti.*

Metodele de lucru în aceste Instituţiuni au la bază o colaborare strânsă între laborator, clinică şi cercetările pe teren. O cooperare cu staţiunile similare de studii din alte ţări şi în mod constant cu staţiunea Horton (Anglia), asigură realizarea cercetărilor coordonate.

Activitatea staţiunilor de cercetări din România, încadrate în programul de colaborare internaţională a Comisiunii de Malarie a Societăţii Naţiunilor, a adus o largă contribuţie în epoca cea mai fecundă de cercetări, în care biologişti, clinicieni, chimişti, lucrează într'un acord util cu malariologiştii de pe teren.

* * *

In cursul expunerii, vor fi scoase în evidenţă faptele mai importante în legătură directă cu factorii determinanţi în infecţiunea şi lupta antimalarică destinată protecţiunii colectivităţilor din ţările malarice.

a) Biologia parazitului malaric.

In 1925 se mai discuta încă asupra specificităţii celor 3 tipuri de parazit: *P. vivax, P. falciparum* şi *P. malariae.* Gradul de înrudire antigenică, variantele morfologice, distribuirea lor geografică după condiţiile de climat, latitudine şi rasele umane, rezistenţa lor diferită faţă de un acelaşi medicament, varietatea aspectelor clinice după condiţiile de endemicitate, etc., *puneau tot atâtea probleme de ordin practic.* Deslegarea acestora a fost necondiţionat ajutată de descoperirea lui *v. Yaureg Wagner* în tratamentul paraliziei generale, care preconiza încă din 1917 ca element terapeutic piretogen, *infecţiunea malarică provocată experimental.* Intrebuinţarea acestui mijloc terapeutic cere o observaţie de fiecare moment a mersului bolnavului supus tratamentului, şi oferă prin aceasta cea mai potrivită oportunitate de a studia — în condiţiuni experimentale cunoscute — *evoluţia* parazitului, mersul infecţiunii şi eventual al tratamentului antimalaric.

Cercetările făcute în staţiunile de malariaterapie au confirmat *fixitatea morfologică* a celor 3 tipuri de parazit şi au dovedit că aceste 3 tipuri reprezintă *specii definitiv diferenţiate,* cari îşi păstrează caracterele lor biologice în organismul omului şi anofelului, chiar după sute de treceri. Observaţiunile făcute la Socola asupra *imunităţii* conferite de aceste specii, au adus proba ultimă a *specificităţii lor antigenice;* un bolnav imun faţă de Pl. vivax, nu prezintă nicio rezistenţă faţă de Pl. falciparum sau Pl. malariae.

Cercetări făcute în colaborare cu Staţiunea Horton din Anglia, au stabilit entitatea biologică a unei a 4-a specii, *Pl. ovale,* găsită până acum în Africa ecuatorială şi sporadic în Egipt, Palestina, Africa de Sud. *James* a adus proba experimentală a fixităţii caracterelor morfologice a parazitului descoperit de *Stephens.*

Oportunitatea oferită de staţiunile noastre de malarioterapie Socola şi

*) Acest serviciu coordonează şi controlează datele din cele 3 staţiuni de malariaterapie.

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**
CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ
ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI
în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" **SPECIA** 21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

FRICŢIUNE LICHIDĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

Spitalul Central, cu o clientelă mare de bolnavi imuni contra celor 3 specii fundamentale de Plasmodium, ne-a permis să aducem *proba definitivă imunologică* a specificităţii acestui parazit.

Menţinerea în staţiunile de Malariaterapie a unei specii fără legături antigenice cu speciile noastre Plasmodium şi care prezintă o sensibilitate deosebită faţă de tratament, reprezintă un avantaj incontestabil pentru tratamentul paraliziei generale.

b) Rase geografice şi tulpini de paraziţi.

Aspectele clinice ale malariei, datorite unei aceleiaşi specii de Plasmodium, prezintă de multe ori caractere deosebite de gravitate, în raport cu virulenţa speciilor locale şi după condiţiunile locale de endemicitate. Observaţiuni vechi culese de *Grassi, Ziemann, Marchiafava* asupra infecţiunilor cu Pl. falciparum făceau să se bănuiască existenţa *variantelor* în cadrul acestei specii, având caractere deosebite de virulenţă.

Toleranţa rasei negre faţă de Pl. malariae şi Pl. vivax cunoscută malariologiştilor, pleda în acelaşi sens.

Problemul raselor de paraziţi, de o importanţă practică deosebită în profilaxia şi tratamentul boalei, a fost în mare parte lămurit graţie malariaterapiei. *Kortweg, Piebenga, Swellengrebel, de Buck*, au arătat că tulpini de origini diferite (Olanda şi Madagascar) de Pl. vivax, aveau *virulenţă deosebită*, dădeau *un procent deosebit de infecţiuni poziive* la ţânţar în raport cu o diferenţă marcată a procentului formelor de exflagelare a micro-gametocyţilor din sângele bolnavilor şi prezentau în plus şi o *rezistenţă diferită* faţă de produsele antimalarice întrebuinţate în tratament.

Observaţiuni comparate efectuate la Horton şi Socola asupra unei aceleiaşi tulpini de Pl. falciparum, menţinută la Spitalul Costiugeni, pun în evidenţă *factorul variat de receptivitate a bolnavilor*, aparţinând respectiv unei ţări fără malarie şi alteia cu stare endemică datorită acestei boale; forma clinică prezentată de bolnavii noştri, arată un grad de rezistenţă, în raport cu trecutul lor malaric.

Observaţiuni făcute împreună cu *Ballif, Chelărescu* şi *Lavrinenko*, asupra a 3 tulpini de Pl. vivax (dintre cari 2 erau indigene) şi cari au fost menţinute alternativ în staţiunile noastre de Malariaterapie şi în staţiunea Horton (timp de 2 ani), arătau *diferenţieri ale calităţilor lor antigenice*, manifestate prin grade deosebite de virulenţă şi caractere imunologice particulare. Fiecare din aceste trei tulpini şi-a păstrat intacte caracterele proprii, îndiferent de mediul uman, în care fuseseră menţinute temporar.

Rezultatele acestor cercetări ne fac să bănuim că *structura antigenică a speciilor gen. Plasmodium este departe de a fi omogenă* şi că ar prezenta, ca şi bacteriile, un adevărat *mozaic de antigene*, eventual cu fracţiuni deosebite în interiorul aceleiaşi specii. Modificărilor antigenice le corespund schimbări imunologice, a căror importanţă apare în explicarea fenomenelor epidemiologice şi a particularităţilor observate în tratament şi profilaxie.

c) Imunitate.

Endemicitatea malarică, problemul tratamentului şi profilaxiei colectivităţilor sunt dominate de gradul de imunitate dobândită, în urma infecţiunii.

Observaţiunile epidemiologiştilor din ţările tropicale cu stare de endemicitate ridicată, arătau că există o *imunitate dobândită* în urma infecţiunilor repetate la care este supusă populaţia acestor regiuni. Primele observaţii a lui *Pringle, Baudin, Laveran, Koch, Daniels*, etc., asupra imunităţii din regiunile hiperendemice, au fost demonstrate de *Sir Richard Christophers*, care a arătat că imunitatea se stabileşte în aceste regiuni treptat cu vârsta şi că este larg plătită cu sacrificiul unei excesive mortalităţi infantile: în primii doi ani de vârstă 100% din copii sunt infectaţi, 88% prezintă o splină mare; între 3 şi 5 ani procentul megalo-spleniilor se ridică la 92%, pentru a se coborî la 7% între 6 şi 10 ani. Imunitatea adulţilor este rezultatul numeroaselor reinfecţiuni şi lungimii duratei sezonului malaric.

Cercetări experimentale în Malaria pasărilor, făcute de fraţii *Sergent, Ben Harel, Whitemore, J. Moldovan, Taliaferro*, etc., au confirmat pe cale experimentală *imunitatea dobândită* în urma infecţiunilor repetate, cu tendinţă la cronicitate. Mecanismul acestei imunităţi, după *Sergent*, ar fi datorit unui fenomen de «premuniţie» legat de persistenţa în stare latentă a parazitului în organism.

Este în mare parte meritul staţiunilor române de malariaterapie de a fi adus confirmarea experimentală a imunităţii dobândite şi a dovedit că nu este în mod exclusiv legată de *premuniţie*, care s'ar putea realiza eventual şi după o primă infecţiune.

Imunitatea în Malarie se capătă după un număr de reinfecţiuni în condiţiuni similare unei *imunizări bacteriene*. Mecanismul imunităţii, în legătură cu existenţa anticorpilor protectori şi în absenţa premuniţiei, a fost demonstrat de cercetările efectuate împreună cu *Badenski, P. Ionescu, Teriteanu*, utilizând în cursul malariaterapiei o specie de Plasmodium de origină simiană — *Pl. knowlesi*. Observaţiuni culese în cursul a mai mult de 100 de treceri au arătat că omul capătă o *imunitate dobândită* în urma unei sau cel mult două infecţiuni repetate cu această specie şi că această imunitate poate fi efectivă independent de premuniţie. Absenţa paraziţilor în stare latentă în sângele imunilor a fost demonstrată prin transfuziuni la *M. rhesus*, a cărui receptivitate pentru specia simiană de parazit este suficient pentru a-i da o infecţiune mortală *(Coggshall* şi *Eaton)*. O probă evidentă de prezenţa în organismul imunilor a anticorpilor protectori a fost adusă, demonstrându-se pe aceeaşi cale distrugerea parazitului de reinoculare în mai puţin de 6 ore în sângele unui bolnav imun. Constatările cercetătorilor români, confirmă observaţiunile făcute la maimuţe de *Sinton* şi *Mulligan, Malamos, Nauck, Eaton, Coggshall, Kumm*, etc. şi sunt confirmate la om de observaţiile lui *Chopra, Gupta* şi *Sen*.

Cunoştinţele asupra diferitelor manifestări ale imunităţii în Malarie, datorite malariaterapiei, ne permit să apropiem acest fenomen de acel cunoscut la bacterii în legătură cu structura lor antigenică şi la care deosebim astăzi: antigene de grup comune tuturor speciilor unui grup; antigene de grup comune numai unora din specii; antigene specifice proprii fiecărei specii. Specificitatea strictă a celor 4 specii de Plasmodium, cu diferenţieri antigenice eventuale şi între diferitele tulpini, manifestate prin stadii de imunitate homologă şi heterologă, justifică această ipoteză.

d) Originea comună a speciilor Gen. Plasmodium.

Utilizarea Pl. knowlesi pe o scară largă în Serviciul de Malariaterapie a Spitalului Central, a arătat un grad de *înrudire antigenică* între această specie şi speciile de Plasmodium dela om. Ipoteza unei origini comune şi procesul de diferenţiere a speciilor în condiţiunile extrem de variate de endemicitate locală nu exclud conservarea în anumite condiţiuni a unei fracţiuni antigenice comune, care ne explică pe de o parte *suvenirul de virulenţă* a speciei simiene pentru om şi gradul relativ de rezistenţă faţă de P. knowlesi a bolnavilor imuni contra speciilor de paraziţi dela om.

* * *

In orientarea luptei antimalarice şi a protecţiunii colectivităţilor, datele căpătate asupra: biologiei raselor geografice de paraziţi, a sensibilităţii lor faţă de diferitele medicamente antimalarice, asupra imunităţii dobândite a colectivităţilor omeneşti, au o importanţă practică necontestată, care se va dovedi şi din informaţiile aduse asupra chimioterapiei malariei.

SERUL GLUCOZAT HIPERTONIC INTRAPERITONEAL IN TRATAMENTUL BRONCOPNEUMONIILOR SUGARULUI

de Dr. PAUL GOTCU
Medic Primar
Asistent Universitar

In Nr. 3 din 1939, a apărut în Arch. de Méd. des Enfants, un articol intitulat: «Nouvelles orientations dans le traitement des Br.-pneumonies des nourrissons» de Dr. *Pr. Soria—Cordoba*, în urma căruia am aplicat şi noi metoda preconizată de d-sa. Deşi până în prezent n'am putut-o verifica decât în 3 cazuri, din care unul foarte grav şi obţinând rezultate bune, în cele ce urmează înfăţişăm ceeace credem că e instructiv şi folositor atât din articolul arătat mai sus cât şi din constatările personale.

Procentul deceselor provocate de Br. Pn. este foarte mare în prima şi a 2-a copilărie. La sugari trece de 50%.

Br. pn. este provocată mai totdeauna de diferite tipuri de pneumococi cari produc sindrome diferite, cu evoluţia neregulată.

Gravitatea Br. pn. e datorită organismului neformat şi fraged al copilului mic, care e lipsit de puterea de a se apăra şi lupta contra infecţiunei şi mai ales că în timpul evoluţiei maladiei se produc noui focare care îi provoacă eforturi succesive, ce-l istovesc.

Br. pn. e deobiceiu secundară gripei, rugeolei, tusei convulsive ş. a.

Semnele fizice şi radioscopice nu sunt întotdeauna nete, mai ales la distrofici. Diagnosticul se pune relativ uşor după semnele clinice, care îl conduc pe autor a face o clasificare nouă părăsind pe cea anatomo-patologică sau etio-patogenică.

Bazele nouii clasificări ar fi dezechilibrul acido-bazic ce se produce în organismul copilului prin pierderile mari de apă ce se produc în această afecţiune mai cu seamă când există şi diareea, care este de altfel f. frecventă. Muşchii pierd rezervele de glicogen. T. A. poate fi stabilă sau să scadă dela 80—90 mm. Pachon la 50—60 mm., în timpul evoluţiei Br. pn. Uneori se produce o scădere în primele zile a instalării maladiei, spre a se ridica apoi la normal.

Autorul clasifică astfel Br. pn. sugarului:

I. *Forma Pulmonară* caracterizată prin: dispnee, tuse, bătăile aripilor nasului, facies congestiv, uneori puţină cianoză, puls bun.

II. *Forma Cardiohepatică:* facies palid, gemăt expirator, semne ascultatorii discrete, prin interpunerea emfizemului; tuse intensă, uneori suflu bronchic. Când focarele inflamatorii sunt confluente: febră, puls frequent şi depresibil; T. A. coborâtă, dispnee intensă; ficat mare şi dureros la palpaţie. Radiografia arată dilatarea cordului.

III. *Forma gastro-intestinală:* vărsături, diaree sero-mucoasă, deshidratare gravă, sete mare, febră ridicată şi puţine semne pulmonare în primele zile.

IV. *Forma nervoasă:* Hiperexcitaţie nervoasă, convulsiuni, uneori nelinişte, accentuarea reflexelor, insomnie, meningism, tensiunea fontanelei, L. C. R. hipertensiv, fără alte particularităţii.

V. *Forma toxi-infecţioasă:* cu simptome infecţioase, hipotonie musculară generalizată (inclusiv cordul şi diafragmul); T. A. joasă; cianoză cu facies palid; edem pulmonar; abdomen bombat sau foarte diminuat. E o formă foarte gravă şi violentă, producându-se mai ales după rugeolă. Colapsul e frequent.

Acestor cinci grupe li se mai adugă:

Forma astenică: a prematurilor şi atrepsicilor, fără febră, cu cianoză fără semne fizice pulmonare, ca la rachitici la care pneumonia paravertebrală este atât de frequentă şi care mor repede fără reacţii defensive din partea organismului.

Totuşi aceste forme pomenite, nu se prezintă totdeauna absolut nete ci aproape totdeauna se observă forme mixte cu predominenţa unuia din tipurile descrise.

Ca tratament nu putem spune că există unul specific şi eficace.

Se întrebuinţează: analeptice, oxigen în inhalaţii şi injecţii, ser, vaccin, hemoterapia, revulsive, tratamente fizice, stimulante generale, cardiovasculare, vitamina A şi C, clisme cu creozot, sulfamidele per os şi în injecţii, etc. Autorul recomandă serul glucozat hipertonic 15—20% în injecţii intraperitoneale care este un regulator al funcţiunilor perturbate şi stimulant al organismului în general şi în particular asupra fibrelor musculare cardiace. Totdeodată nutreşte toate fibrele musculare ale organismului redându-le tenacitatea pierdută prin acţiunea toxinelor.

Alterarea echilibrului acido-bazic în Br. Pn, determină o atonie generalizată a întregei musculaturi prin insuficienţă glicogenică, producând ca urmare o perturbare a funcţiunii respiratorii de unde, hipotensiunea.

După a doua sau a treia injecţie intraperitoneală cu ser hipertonic glucozat se observă o ridicare a T—A, sgomotele cordului devin mai nete, paloarea şi cianoza dispar, dispneea diminuă, diureza creşte, bolnavul se linişteşte, somnul revine, setea dispare, pierderea în greutate se opreşte şi apetitul se redeşteaptă.

In forma cardiacă dilataţia cordului diminuă treptat — ficatul se decongestionează şi dispare la presiune, durerea.

In forma nervoasă deasemenea se observă o ameliorare rapidă.

In forma gastro-intestinală — apa zaharată (dextromaltozată) sol. 20% câte 6—700 cmc. zilnic, ca alimentaţie exclusivă, a dat autorului foarte bune rezultate, starea generală se modifică în bine, iar febra şi diaree scad. Se observă dealtfel că ingestia cantităţilor mai mari de zahăr, nu măreşte diareea, dacă se dau soluţii apoase, acestea străbătând repede peretele intestinal şi trec în economie.

Celula îşi reia funcţiunea normală, organismul se hidratează şi după 2—3 zile de tratament se poate constata reluarea funcţiunilor normale intestinale, putându-se trece la alimentarea copilului şi cu alte substanţe.

Calea intraperitoneală e preferabilă introducerii serului, deoarece cu soluţiile pe cale subcutanată sau intramusculară nu se pot introduce cantităţi mari căci destind regiunile unde se introduc şi devin dureroase. Deasemenea e greu de introdus serul pe calea venoasă.

Calea intraperitoneală permite introducerea cantităţilor mai mari de lichid, neproducând nici laceraţia, nici distensia ţesuturilor, şi absorbţia se face rapid. Nu e nevoie să se întrebuinţeze soluţiuni mai concentrate.

Locul de electie este fossa iliacă stângă în punctul de unire a 1/3 inf. cu a 2/3 super. a liniei ombilic spinailiacă antero superioară. Se întrebuinţează un ac de 5—7 cm. cu biseau scurt.

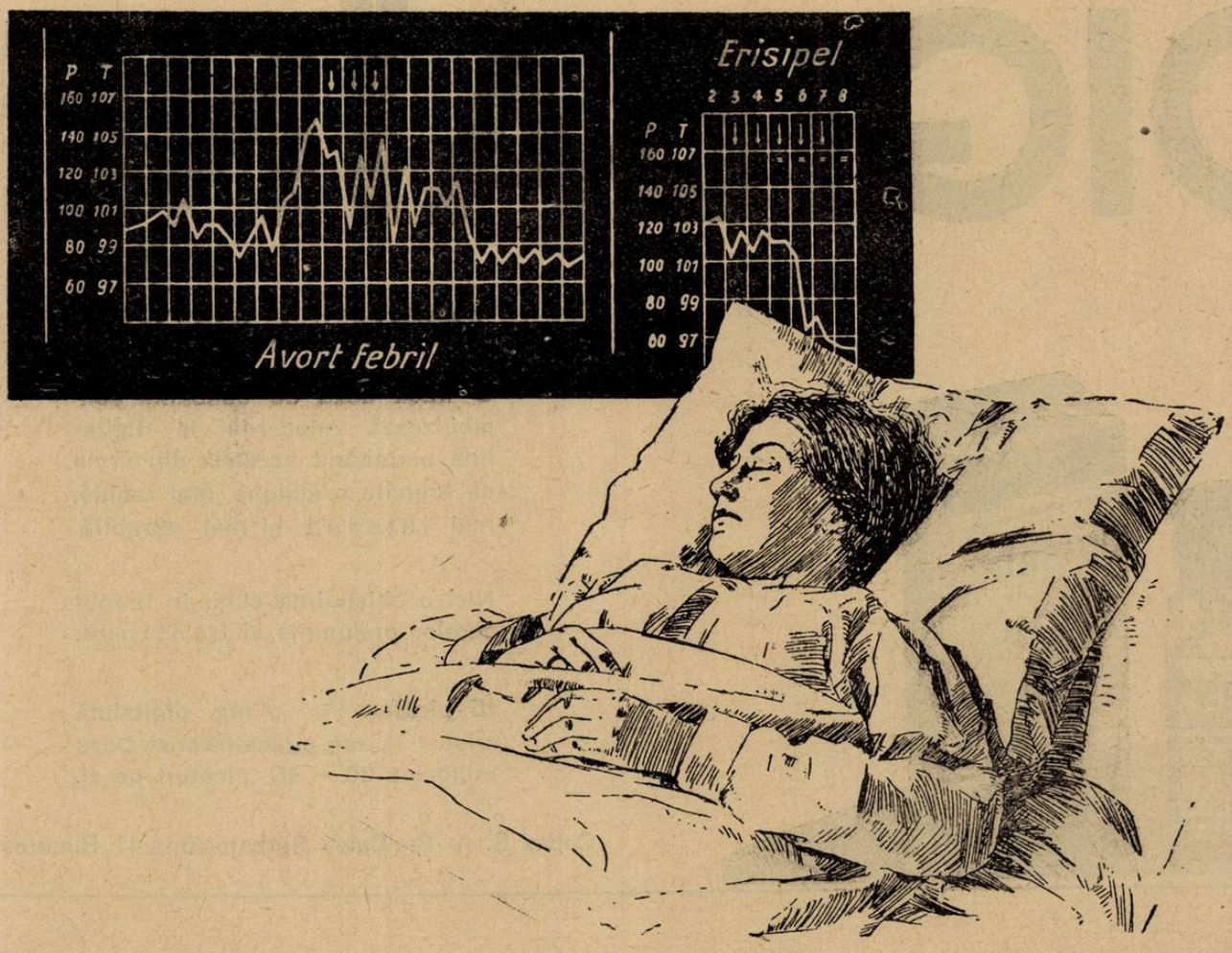
In caz de meteorism, se introduce în prealabil o sondă rectală pentru eşirea gazelor. Spre a preveni şocul (de altfel niciodată observat) se injectează odată cu serul 1/2 cmc. de sol. adrenalină chlorhydrică 1‰. — Se introduce zilnic 150—200 cmc. ser glucozat 20% pe injecţie.

Autorul a experimentat pe 150 cazuri cu scăderea mortalităţii la 30 — 35%.

Nu a observat nici presiune intraperitoneală, nici turburări circulatorii şi nici fenomene congestive locale.

După cum am pomenit mai sus, noi am aplicat metoda pe 3 cazuri; unul — un sugar de 5½ luni, cu o formă pulmonară foarte gravă, prezentând şi fenomene gastro intestinale şi meningism, iar celelalte două, forme pulmonare gastro-intestinale cu oarecare fenomene cardiohepatice — după clasificaţia lui *B. Soria.*

Toate trei cazurile au evoluat repede spre vindecare în urma aplicării tratamentului de mai sus; după 3 — 4 zile tabloul clinic s'a schimbat în



Prontosil

In toate infecţiunile streptococice. Activ şi în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 37-22.

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabainā sensibilizează miocardul la digitalină permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = $^1/_{10}$ mg. digitalină crist. + $^2/_{10}$ mg. ouabainā crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică musculară (MAP). Acţiune de 20 ori mai puternică ca nitritul de sodiu.

Infarct cardiac. Angina pectorală. Turburările circulaţiei periferice.

In angina pectorală: 20 injecţii intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac şi gangrena: zilnic 2 — 3 inj. 2 cc. — Tratament de întreţinere: 3 — 4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. / Flac. 20 cc.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

chip surprinzător, scoţând bolnavii din pericol.

Inainte de aplicarea tratamentului cu ser glucozat, primului caz — cel mai grav — i s'a făcut tratamentul clasic timp de 5 zile şi văzând starea înrăutăţindu-se, am opinat pentru tratamentul cu ser hipertonic intraperitoneal. Celelalte două cazuri, după 2 zile dela stabilirea fenomenelor serioase broncho-pulmonare, li s'a introdus şi serul intraperitoneal pe lângă revulsii, învelişuri umede, poţiuni cu Digitala sau Ergotin — stricnină *(Marfan)*, Chinaeter.

Intr'adevăr şi convingerea noastră este că serul glucozat hipertonic influenţează net mersul maladiei — ori care formă s'ar prezenta — şi este de un real folos.

In urma experimentării personale a acestei metode am adăogat, pe lângă cele arătate de autor mai sus şi următoarele observaţiuni:

Soluţia sterilă de injectat intraperitoneal este la fel suportată, fie în concentraţie de 15 sau 20%. Trebue însă injectată încet şi încălzită la 25 — 30 grade. In caz contrar se poate produce uşoară cianoză, frisoane şi sughiţuri.

Noi n'am depăşit, intraperitoneal, 25 — 30 cmc. pe kg. — corp, zilnic, iar serul trebuie să fie introdus într'o singură şedinţă, în locul de elecţie.

După introducerea serului se observă humectarea mucoaselor şi chiar oarecare salivaţie.

Regimul cu apă zaharată sau ceai cu 20% zahăr, exclusiv, se poate da în primele două zile, cu mult folos; în continuare se va da lapte de mamă sau, în lipsă, babeure, lapte de vacă diluat şi hiperzaharat, sau lapte condensat Nestlé, în diluţie *mai mică*.

In timpul tratamentului urinele n'au suferit modificări, scaunele diareice şi vărsăturile au diminuat şi au dispărut apoi.

Serul hipertonic glucozat în terapeutica br—pneumoniilor sugarului este un element foarte preţios şi eficace în lupta contra acestei maladii, atât de omorîtoare în prima copilărie.

„CONSIDERAŢIUNI ASUPRA ANESTEZIEI CU PANTOCAINA IN OTO-RINO-LARINGOLOGIE" *)

de Dr. ŞTEFAN POPIAN
Asistent al Serviciului

Anestezia locală beneficiază pe zi ce trece de o întrebuinţare tot mai mare, datorită în primul rând uşurinţei cu care se aplică şi în al doilea, lipsei aproape totale a şocului şi accidentelor post-anestezice.

Anestezia locală în suprafaţă cu ajutorul substanţelor chimice începe în 1884 când *K. Koller* introduce cocaina în operaţiunile pe ochi. Pentru a avea o anestezie bună şi de lungă durată soluţia de cocaină (clorch.) trebuia să fie în concentraţie de 5—10%. Ori această concentraţie, deşi perfect anesteziantă are dezavantajul de a fi în multe cazuri greu de suportat, iar câteodată chiar intoxicantă.

1.	J. D.	32	B.	Polipi mucoşi nasali	6 cc. 10′	extirpare Tampoane
2.	M. M.	20	F.	Sinechie nasală dr.	2 cc. 10′	electro-coagul. „
3.	M. S.	7	F.	Vegetaţii adenoide	2 cc. 5′	extirpare badijonări repetate
4.	R. D	6	B.	„ „	2 cc. 5′	„ „ „
5.	F. G.	43	B.	Polip sângerând al septului	3 cc. 10′	„ Tampoane
6.	Z. N.	27	F.	Rinită hipertrofică	15 cc. 15′	rezecţie „
7.	S. I.	29	B.	„ „	15 cc. 15′	„ „
8.	B. R.	19	B.	Sinuzită maxil. acută purulentă	15 cc. 10′	puncţie „
9.	O. S.	5	B.	Amigd. hipertrofică vegetaţii adenoide	10 cc. 20′	extirpare Pulverizaţii
10.	E. P.	17	F.	Chist sub lingual	20 cc. 25′	enucleare Tampoane
11.	A. D.	26	F.	„ „ „	20 cc. 25′	„ „
12.	A. M.	64	B.	Polipi mucoşi nasali	10 cc. 15′	extirpare „
13.	V. V.	51	F.	„ „ „	10 cc. 10′	„ „
14.	C. E.	39	F.	Sinuzită maxil. purul. acută	10 cc. 10′	puncţie „
15.	G. C.	25	B.	Faringită granuloasă	15 cc. 7′	electrocoagul. Pulveriz. badij.
16.	I. L.	52	F.	Laringită T. B. C.	5 cc. 10′	„ „ „
17.	P. O.	24	F,	Faringită T. B. C.	15 cc. 10′	„ „ „
18.	S. B.	30	B.	Polipi laringieni	20 cc. 20′	extirpare „
19.	R. E.	18	B.	Amigdal. hipertrofică	15 cc. 20′	„ anestezie de suprafaţă, operaţia dureroasă
20.	B. T.	22	F.	Stricturi esofagiene	10 cc. 10′	Esofagoscopie, dilataţii, badij.

Astfel în operaţiunile noastre am avut prilejul de a constata uşoare lipotimii cu trimus, sudori reci, puls slab şi accelerat, cu un cuvânt forme uşoare de intoxicaţie cari pot îmbrăca şi forme grave.

Desigur că nu putem generaliza aceste accidente şi nici nu avem dreptul a atribui numai cocainei aceste stări, ştiind că sunt indivizi cari fac uşoare lipotimii chiar atunci când li se face o simplă injecţie. Cu toate că puterea toxică a cocainei este cunoscută, s'a întrebuinţat fără încetare în operaţiunile oto-rino-laringologice cocaina sub formă clorhidrică fără a putea fi detronată de un similar.

In ultimul timp casa «Bayer» în urma cercetărilor de laborator asociate cu clinica, ne pune la dispoziţie un produs «Pantocaina», care este un monohidroclorur de ether β dimethyl-amino-ethylic de acid 4 butyl-amino-benzoic.

Acest produs are avantajul de a fi un anestezic superior cocainei, în ceeace priveşte cantitatea întrebuinţată şi efectul total şi prelungit al anesteziei, cât şi toxicitatea care în cazurile de faţă a fost nulă.

Noi am întrebuinţat soluţii de 2% în operaţiuni ale nasului faringelui, laringelui cu rezultate bune pe 60 cazuri diferite ca sex, vârstă modificări patologice, timp de anestezie, cantitatea de medicament şi felul intervenţiei.

Pentru ca documentarea noastră să fie cât mai ştiinţific făcută ne-am controlat lucrând comparativ şi cu cocaină chlorhidrică 5% pe bolnavi cari prezentau aceleaşi stări patologice ca precedenţii.

Din lipsă de spaţiu dăm mai jos un tablou pe un număr de 20 cazuri; Comparativ bolnavii anesteziaţi cu Pantocaină au suportat mai uşor intervenţiile, cantităţile de medicament întrebuinţat fiind mult mai mici soluţii mult mai slabe, anestezia de mai lungă durată, iar acicdentele post-anestezice zero.

Ca anestezic de suprafaţă şi de profunzime prin absorţie (prin tampoane lăsate pe loc) timp de 5'—25' am putut opera fără nici un inconvenient tot timpul intervenţiei. Senzaţia tactilă păstrată, senzaţia dureroasă abolită în întregime, afară de un caz unde am încercat extirparea amigdalelor, anestezia fiind de suprafaţă şi unde bolnavul a simţit oarecare durere în timpul operaţiei.

In raport cu cocaina clorhidrică 5% cu care am lucrat comparativ putem spune că deşi nu am avut de semnalat nici un accident, trebue să recunoaştem că pentru aceleaşi intervenţii am întrebuinţat o cantitate mai mare de medicament, deşi concentraţia a fost mai mare, anestezia s'a produs mai încet, durata anesteziei a fost mai scurtă iar senzaţia de durere am semnalat-o în cazuri unde cu Pantocaina bolnavii nu au avut a se plânge. Afecţiunea, sexul sau vârsta nu au fost în nici un caz o contra-indicaţie.

1. In concluzie putem spune că acest anestezic este mai puţin toxic decât cocaina.
2. Durata anesteziei este mai mare.
3. Timpul de anestezie mai scurt.
4. Ţesuturile anesteziate rămân nealterate, iar concentraţiile pe cari le-am întrebuinţat au fost mult mai mici decât ale cocainei.
5. Toleranţa generală a fost bună.

*) *Lucrare făcută în serviciul O. R. L. din Spitalul Colţea, Medic Primar: Doc. Dr. I. Ţeţu.*

REVISTA CARŢILOR

Dr. Al. D. Rădulescu, «Tratat de Ortopedie Chirurgicală». Un volum de 1000 pagini — Tip. «Cartea Românească», Cluj.

De câteva zile a apărut la librării o carte, pe care după multă chibzuială cred că o pot caracteriza drept una cu totul excepţională. Am ezitat, fiindcă n'am vrut ca un astfel de calificativ să pară unul eftin, de complezenţă, şi din motivul că eu cunosc bine modestia autorului, precum şi simţul lui excesiv de ascuţit în ceea ce priveşte neplăcerea ce i-o produc manifestările cari nu sunt perfect proporţionate şi prin aceasta lipsite de elegantă.

E vorba de o carte ce lipsea şi era atât de dorită şi care azi este pusă la îndemână de d. dr. Al. D. Rădulescu, ce n'a precupeţit o muncă susţinută de ani de zile şi enorme sacrificii materiale.

Tratatul ce ne preocupă nu este însă o «carte standard» eşită din comoda compilare, ca să nu zicem traducere camuflată a unei opere similare străine.

Este o carte absolut personală a autorului, prin împărţirea materialului, prin tratarea lui, prin exemplificarea cu cazuri aproape exclusiv personale şi prin dărnicia cu care o împlineşte cu procedee operatorii şi aparate personale.

Pe deasupra un neasemănat dar didactic, face pe cetitor să se pătrundă de disciplina medicală ce-i este prezentată, de la cele mai umile cunoştinţe — atât de necesare — până la cele mai subtile, cu care un specialist poate să facă faţă greutăţii de diagnostic, ori de technică.

In acest tratat se află noţiunile necesare pentru ortopedia practică ce va putea servi fiecărui medic ce va avea de îngrijit afecţiuni ortopedice, fie în mediul spitalicesc, fie la ţară, în circumscripţii şi dispensare, precum şi celor ce se ocupă cu leziunile traumatice, cum sunt medicii din Asigurările Sociale. In această parte atât de valoroasă, mai ales la noi, unde aceste lucruri nu au fost spuse şi indicate, decât cu totul insuficient, se dau indicaţii precise, cu ajutorul cărora, oricine poate face faţă în mod onorabil îngrijirei bolnavilor.

Materialul adunat în cele 1000 de pagini şi exemplificat prin 813 figuri expresive, ar fi fost poate neispititor pentru cel ce voia să-l folosească, dacă n'ar fi fost prezentat într'o limbă frumoasă şi într'un stil ştiinţific sugestiv, pe care numai un literat ca autorul, acestui tratat, putea să-l folosească.

Ca înfăţişare cartea are o desăvârşită ţinută technică occidentală. Din acest punct de vedere autorul însuşi spune în prefaţă: «am căutat să-i dau înfăţişarea cărţilor ce nu stau la librărie într'un colţ de vitrină, stânjenite, faţă de cele similare streine».

Ceeace este cu totul remarcabil în această lucrare, e faptul că aproape întreaga documentare şi ilustrare a unei discipline este originală şi de cea mai mare importanţă. Procedeele operatoare originale, unele consfinţite de mult de streinătate, sunt cu abundenţă înfăţişate în cursul lucrării. Acest fapt arată nu numai remarcabilul talent al autorului de a da technicei chirurgicale resurse noui, dar şi dărnicia cu care autorul pune la îndemâna chirurgilor streini îndrumări noui, care fiind româneşti, îl cinstesc nu numai pe el dar şi ţara noastră.

Toate cele spuse până aici ar putea fi totuşi puse la îndoială şi privite cu zâmbetul ironic al celui ce caută să micşoreze valoarea oricărei lucrări pe care n'a scris-o el, «fiindcă nu i se pare serios să se ocupe de asfel de lucrări». Nu numai pentru aceştia dar în general pentru publicul medical românesc, voiu da mai departe părerile unora dintre cei mai mari ortopedişti din Europa ce s'au pronunţat până acum asupra cărţii, date pe cari am reuşit să mi le procur cu mari stăruinţe din partea mea.

Profesor Putti (Bologna): Aţi dat la iveală, indiscutabil, o lucrare care vă onorează, atât pe d-voastră cât şi patria d-voastră, care va trage, fără îndoială, foloasele îndrumării ştiinţifice ce reese din paginile volumului cu atât de admirabilă înfăţişare tipografică».

Jacques Calvé (Berck—Plage): «Vă felicit viu pentru splendida lucrare care va face dată în analele ortopedice».

Prof. Lorthioir (Bruxelles): Sunt viu interesat de magnificul d-voastră tratat de ortopedie, iar frumoasele lui ilustraţii fac ca interesul ce trebue să i se poarte să fie şi mai considerabil, chiar de către aceia care, ca mine, nu cunosc limba română «Jurnalul internaţional de chirurgie» va fi foarte onorat ca să facă să apară o recenzie în cel mai apropiat număr al său.

Prof. Rocher (Bordeaux): «Tratatul d-voastră de ortopedie chirurgicală îl voiu consulta cu folos.

Prof. Deliatala (Venezia): «Am citit în mare parte foarte frumosul d-v. tratat de ortopedie despre care voiu face o recenzie în jurnalul nostru: «Giornale dell'Orspedale di Venezia»

Cu mare surprindere am constatat că am putut înţelege bine limba română pe care n'am studiat-o niciodată şi aceasta fiindcă rădăcinile vorbelor sunt atât de asemănătoare.

Când omenirea se va întoarce la cumînţenie şi pericolele războiului vor fi înlăturate, ne vom întoarce şi noi la frumoasele opere de pace şi ne vom regăsi la congresele noastre».

Prof. Froelich (Nancy): «Vă felicit viu şi sincer pentru frumosul d-voastră tratat de ortopedie».

Prof. Akif Chakir Chakar (Istanbul): Tratatul d-voastră, prin magnificile sale ilustraţii, prin felul expunerii subiectelor şi mai cu seamă prin marea bogăţie a observaţiilor personale întrece enorm lucrările similare occidentale. Cu toate că textul îmi este mut, păstrez totuşi tratatul pe masa mea de studiu şi-l consult de atunci foarte des pentru că admir clasificaţiile şi figurile cari sunt extrem de interesante şi de instructive».

Prof. Chryssafis (Athena): «Necunoscând limba română, am rugat pe nora mea, fostă studentă a Universităţii din Bucureşti, să mă ajute să studiez tratatul d-voastră»

Prof. Tavernier (Lyon): «Tratatul d-voastră de ortopedie este o operă magnifică ce face cinste atât d-voastră cât şi chirurgiei româneşti.

Imi pare că este perfect pus la punct şi în conformitate cu ideile noastre franceze. Nu mă minunez mai puţin de a găsi aşezat în locul cel mai bun plasmocitomul solitar pe care noi francezii de-abia l'am individualizat».

Lucrarea este împărţită în trei părţi, fiindcă aşa, i s'a părut autorului că poate să trateze cât mai complet şi mai didactic toate capitolele ce privesc ortopedia. In prima parte sunt chestiuni generale absolut necesare pentru a se introduce cineva în tainele ortopediei: noţiuni de embriologie, anatomie clinică şi fiziologia organelor de statică, locomoţiune şi prehensiune; semiologie ortopedică; osteogeneză; chestiunea grefelor şi transplante osoase şi noţiuni generale asupra metodelor de tratament ortopedico- chirurgical şi fizioterapic. In a doua parte a lucrării se tratează pe larg diformităţi în general, iar în a treia cele ce privesc în special unele regiuni.

O analiză amănunţită a cărţii ar cere ea însăşi o lucrare destul de importantă şi cred că fiecare cetitor o va putea face singur.

Ca încheere, nu mă pot reţine să nu iau din prefaţa lucrării, următoarea frază:

«Râvna mea a fost prin urmare să ridic ortopedia chirurgicală, în ţara noastră la locul ce-l merită şi să lupt ca înfăptuirea românească să fie preţuită şi respectată atât la noi cât şi în streinătate, şi am reuşit.

In ceeace mă priveşte, am prin urmare, toate motivele să fiu foarte mulţumit».

Tratatul de ortopedie chirurgicală dă autorului, incontestabil, dreptul să vorbească şi să gândească astfel.

Dr. B. SUSAN

Facultăţile de Medicină trebue să dea ţărei — Medicii de care are nevoe

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Intr'un articol anterior, publicat în această revistă*) am ridicat chestiunea dacă limtarea numărului de studenţi în Facultăţile de Medicină poate continua?

Bazându-mă pe faptul că ţara are nevoe de un număr mult mai mare de medici decât acela de care dispune în prezent, am ajuns la concluzia că numărul studenţilor ce se admit în Facultăţile noastre, trebue mult sporit.

Articolul nostru a provocat discuţiuni în diferite cercuri medicale iar problema a fost larg desbătută în Consiliul profesoral al Facultăţii de medicină din Bucureşti, cu prilejul începerii noului an şcolar.

Dintre întâmpinările cari s'au adus propunerii noastre, vom reţine două, cari ni se par fundamentale:

Prima constă din credinţa unora că numărul actual de medici (8810) ar fi suficient pentru ţara noastră şi deci nu este nevoe de o augmentare a randamentului Facultăţilor româneşti de medicină.

A doua întâmpinare constă în ideea că în împrejurările actuale ar fi imposibil să se acorde Facultăţilor mijloacele materiale necesare pentru mărirea laboratoarelor şi clinicelor, pentru procurarea materialelor şi pentru personalul necesar, dublărei numărului de studenţi.

Vom căuta să examinăm aceste două chestiuni, cu toată obiectivitatea.

I. Numărul actual de medici este suficient pentru nevoile sanitare şi medicale ale ţărei?

La această chestiune, răspundem hotărît: *Nu.*

In adevăr, cei 8810 de medici pe cari îi avem pentru o populaţie de 20 milioane de locuitori, — nu pot asigura o bună asistenţă medicală şi sanitară.

De aceea Facultăţile noastre nu mai pot să dea 250 — 300 medici anual, ca acum, pentru că aceştia abia înlocuesc pe cei cari pleacă din funcţiuni, din practică sau din viaţă.

Randamentul Facultăţilor trebue să fie cel puţin dublu, pentru ca numărul medicilor activi să crească treptat şi sistematic.

Pentru a înlătura controversa ce se iveşte ori de câte ori se discută chestiunea numărului de medici necesar ţării noastre, vom face o comparaţie între situaţia dela noi şi aceia din alte ţări.

Cea mai recentă statistică asupra problemei ce ne interesează, am găsit-o în numărul din Septembrie 1939 al lui «*British Medical Journal*» şi se referă la Anglia.

Pentru a arăta cum numărul medicilor a crescut progresiv în această ţară, vom reproduce statistica medicilor din Anglia, în raport cu populaţia, între anii 1881 — 1938.

Anul	No. medicilor	Populaţia ţărei	Proporţia de medici la 10.000 locuitori
1881	23.275	35.241.482	6,6
1891	29.555	38.104.975	7,7
1901	36.912	41.976.827	8,8
1911	40.913	45.370.530	8,8
1921	45.408	47.146.506	9,3
1931	55.604	48.989.485	9,4
1938	61.420	—	—

Prin urmare, în prezent, la o populaţie de aproximativ 50 de milioane, Anglia are 61.420 medici iar noi la o populaţie de 20 milioane avem *8810* medici.

Credem că este suficientă comparaţia între aceste două cifre pentru ca tema noastră să fie bine argumentată.

Pentru ca informaţia noastră să fie complectă, trebue să adăogăm două fapte:

Anglia are 18 Facultăţi de medicină cu aproximativ 400 de catedre, iar România are 3 Facultăţi cu 77 de catedre.

Numărul actual al medicilor din Anglia este mai mult decât suficient pentru nevoile sale.

Unii cititori ar putea găsi nepotrivită utilizarea unor date statistice din Anglia în chestiunea care ne preocupă. Fără să putem stabili nici un fel de comparaţie între situaţia din ţara noastră şi cea din Anglia, cred că experienţa unei ţări de veche civilizaţie şi de mari posibilităţi materiale, este întotdeauna interesantă şi instructivă.

In concluzie, mai ales în momentele actuale în cari problemele sanitare trec pe primul plan al preocupărilor de conducere a Statului, cred că este imposibil ca România să bizue apărarea sănătăţii colective şi individuale numai pe cei 8810 medici pe cari îi avem şi dintre cari numai *4386 sunt români*, restul de *4424 fiind minoritari.*

Cu atât mai mult pentru desvoltarea unui program sanitar în viitor, vom avea nevoe de un număr mult mai mare de medici.

Pentru ameliorarea situaţiei actuale nu este decât o singură soluţie: *Mărirea randamentului Facultăţilor noastre de medicină prin admiterea unui număr cât mai mare de studenţi.*

II. Este posibilă în actualele împrejurări reorganizarea şi mărirea până la triplare a laboratorelor şi clinicelor Facultăţilor de Medicină?

Pentru ca Facultăţile de Medicină să poată primi un mare număr de studenţi, este neapărată nevoie ca laboratoarele şi clinicele să fie mult mărite, pentru a se putea asigura condiţiunile indispensabile unei bune instrucţii.

Chiar unii din acei cari sunt de acord că sistemul restrictiv al înscrierilor nu mai poate continua, pentru că ţara are nevoe de mai mulţi medici, — cred că nu se vor putea găsi fondurile necesare pentru a se face ameliorările de ordin material, urgent necesare.

Noi socotim dimpotrivă, că problema este atât de inmportantă încât ea va fi soluţionată, acordându-se fondurile trebuitoare.

Dealtfel ţinem să arătăm că sacrificiile necesare nu vor fi aşa de mari, cel puţin pentru Facultatea de Medicină din Bucureşti, unde cunoaştem situaţia mai bine.

Pentru a demonstra această idee, vom examina separat, chestiunea laboratoarelor şi pe aceea a clinicelor.

1) Laboratoarele Facultăţei de Medicină din Bucureşti.

Laboratoarele primilor ani pot instrui în prezent, aproximativ 200 de studenţi. Pentru a se primi 4 — 500 de studenţi este deci necesară cel puţin dublarea lor. Pentru aceasta este nevoe în primul rând, de clădiri.

Printr'o fericită împrejurare noi le avem şi sunt aproape gata. In adevăr, lângă Facultatea de Medicină se înalţă falnic Institutul de igienă, construcţie impresionantă prin dimensiuni şi concepţie. Cu un mic efort financiar, această clădire neutilizată încă, ar putea fi chemată la viaţa pentru care a fost creată. Atunci vechiul local al Institutului, aflat în clădirea Facultăţii, ar reveni laboratoarelor insuficiente ale primilor doi ani de studii.

Ceva mai mult, d. *Profesor Mezincescu*, directorul Institutului de igienă, a expus public ideea sa de a acorda ospitalitate, cel puţin temporar şi altor laboratoare în noul edificiu.

In modul acesta spaţiul există. Acordându-se fondurile necesare pentru material şi dacă se va simţi nevoe, pentru personal, numărul studenţilor din anul I se va putea mări la cel puţin 400, cu începerea anului şcolar 1940 — 1941.

Pe măsură ce această serie va înainta în studii, se va proceda treptat la amplificarea laboratorelor din anii superiori. De aceea este absolut necesar un plan de lucrări pentru şase ani, minuţios întocmit încă de acum şi riguros aplicat în timp.

Acest plan socotim că trebue întocmit de Consiliul Facultăţei de Medicină.

*) *Prof. Dr. P. Tomescu: Limitarea numărului de studenţi admişi în Facultăţile de mediciuă mai poate continua? „România Medicală" No. 18 din 15 Septembrie 1939.*

2) Clinicele Facultăţei de Medicină din Bucureşti.

Chestiunea clinicelor va ridica dificultăţi mult mai mari decât a laboratoarelor deoarece construcţia lor este mai costisitoare şi întreţinerea lor este mult mai scumpă.

Suntem absolut convinşi că această problemă va trebui soluţionată cândva. Nu am voi însă ca dificultăţile cari se ridică în faţa rezolvărei radicale şi definitive a chestiunei clinicelor, să împiedice aplicarea imediată a unei măsuri de cea mai mare importanţă medico-socială, — aceea a dublărei randamentului Facultăţilor de Medicină

De aceea vom examina chestiunea învăţământului clinic în situaţiunea actuală a organizărei asistenţei medicale a Capitalei.

In acest scop vom da, în primul rând, câteva date asupra clinicelor existente. Apoi vom enumera Spitalele din Bucureşti cu serviciile lor şi cu numărul de paturi ce au. Aceste servicii nu sunt utilizate în prezent, decât într'o foarte mică măsură, pentru învăţământ.

Situaţia actuală a Clinicelor din Bucureşti

Iată situaţia actuală a clinicelor din Bucureşti:

1) Clinica I Medicală, Spitalul Filantropia, 90 paturi;

2) Clinica Medicală, Spitalul Colentina, 120 paturi;

3) Clinica III Medicală şi Terapeutică, Spitalul Brâncovenesc, 90 paturi;

4) Clinica Chirurgicală şi Ortopedică, având la Spitalul Brâncovenesc 120 paturi şi la Spitalul de Copii 100 paturi. *In toatal 220 paturi;*

5) Clinica Chirurgicală, Spitalul Filantropia, 120 paturi;

6) Clinica Chirurgicală şi boalele căilor urinare, Spitalul Colţea 100 de paturi;

7) Clinica Chirurgicală, terapeutică şi operatoare, Institutul de Chirurgie Carol al II-lea al Asigurărilor Sociale, 140 paturi;

8) Clinica Infantilă şi Puericultura, având la Leagănul Sf. Ecaterina 160 paturi şi la Spitalul de copii 80 paturi. In total 240 paturi;

9) Clinica Obstetricală şi Ginecologică, având la Spitalul Colţea 60 de paturi, la Spitalul Filantropia 180 paturi, la Institutul de Maternitate «Regina Elisabeta» al Casei Muncii C. F. R. 70 paturi. In total 310 paturi;

10) Clinica Dermatologică şi Sifiligrafică, Spitalul Colentina, 320 paturi;

11) Clinica Neurologică şi Endocrinologică, având la Spitalul Colentina 100 paturi şi la Spitalul Central 150 paturi. In total, 250 paturi;

12) Clinica Psihiatrică, Spitalul Central, 250 paturi.

13) Clinica Balneologică şi Dietetrică, Spitalul Brâncovenesc, 90 paturi;

14) Clinica Boalelor Contagioase, Spitalul Colentina, 100 paturi;

15) Clinica Oto-Rino-Laringologică, Spitalul Filantropia, 50 paturi;

16) Clinica Oftalmologică, Spitalul Colţea 70 paturi;

17) Clinica Stomatologică, Spitalul Colţea, 12 paturi;

In total Clinicele Facultăţei de Medicină din Bucureşti dispun de 2572 paturi.

3) Situaţia actuală a Spitalelor din Bucureşti

Spitalele din Bucureşti, în afara Clinicelor Universitare, nu sunt utilizate pentru învăţământ. Chiar serviciile conduse de agregaţi sau de alţi membri ai corpului didactic, nu sunt utilizate în prezent decât parţial şi incomplect.

In orice caz ele constituesc o rezervă la care trebue să ne gândim atunci când numărul studenţilor admişi în Facultate va fi mult mai mare decât acum.

Şi pentru a şti pe ce putem conta, vom da mai departe un tablou de serviciile actuale ale Spitalelor din Bucureşti pe cari le considerăm utilizabile pentru învăţământ.

Spitalul Colentina:

Serviciul de chirurgie 60 paturi;
Serviciul de boale infecţioase 240 de paturi. *In total 300 paturi.*

Spitalul Colţea:

Serviciul de boale interne, *60 paturi*

Spitalul Elias:
100 paturi

Spitalul Brâncovenesc:

Serviciul Chirurgical I, 60 paturi;
Serviciul Chirurgical II, 60 paturi;
Maternitatea şi Ginecologia, 50 paturi. *In total 170 paturi*

Spitalul Militar:

Trei Servicii Medicale, în total 316 paturi;
Trei Servicii Medicale, în total 220 paturi;
Boale nervoase 86 paturi;
Dermatologie, 99 paturi;
Boli Venerice 70 paturi;
Genito-Urinare, 52 paturi;
Boli Contagioase, 42 paturi;
Oftalmologie 45 paturi;
Maternitate şi Ginecologie, 45 paturi;
Oto-Rino-Laringologie 70 paturi;
In total 945 paturi

Spitalul Central:

Serviciul de Neurologie, 100 paturi;
Serviciul de Neuro-Chirurgie, 50 paturi; *In total 150 paturi*

Aşezămintele Asigurărilor Sociale

Spitalul de Chirurgie, accidente de muncă şi ortopedie, 100 paturi;
Spitalul de Specialităţi (în construcţie), 200 paturi. *In total 300 paturi*

Spitalul Cantacuzino:

Două Servcii de Chirurgie, în total 100 paturi;
Medicina Internă 80 paturi;
Urologie 40 paturi;
Oftalmologie 30 de paturi;
Sifilis 40 de paturi;
Oto-Rino-Laringologie 40 de paturi.
In total 300 paturi

Aşezămintele Căilor Ferate

I. Spitalul C. F. R. No. 1 Bucureşti
Secţia Medicală cu 57 paturi;
Secţia Chirurgicală cu 90 paturi;
Secţia Neuro-Chirurgicală cu 20 paturi;
Secţia Genito-Urinare cu 35 paturi;
Secţia Nas, Gât, Urechi cu 12 paturi;

II. Spitalul C. F. R. No. 2 Bucureşti
Secţia Medicală cu 57 paturi;
Secţia Chirurgicală cu 108 paturi;
Secţia de ortopedie cu 10 paturi;
In total 389 paturi

In total, Spitalele din Bucureşti, dispun de 2714 paturi, faţă de cele 2552 ale Clinicelor.

Aceste cifre evidenţiază că, utilizându-se pentru învăţământ toate spitalele din Bucureşti, se va putea asigura instrucţia clinică a unui număr îndoit de studenţi, decât cel de astăzi.

In cazul când s'ar lua o astfel de hotărîre, s'ar putea stabili o colaborare strânsă între profesorii Facultăţei şi medicii primari ai Spitalelor, care, sperăm, că vor accepta să lucreze cu plăcere pe terenul didactic.

Concluziuni

Prin consideraţiile şi datele statistice publicate în cursul acestui articol, sperăm că am putut demonstra următoarele două idei:

1) România are nevoe de un număr mai mare de medici decât acela de care dispunem în prezent;

2) Facultăţile noastre de medicină pot avea un radament mai mare, dacă li se va aduce unele complectări.

In orice caz, socotim că nu este posibil să aşteptăm o organizare ideală a Facultăţilor noastre şi abia ulterior să luăm deciziunea de a le spori randamentul.

Nevoia de medici va fi cu atât mai mult observată ş resimţită, cu cât se va merge mai profund în civilizarea şi organizarea sanitară a ţărei.

Este de datoria noastră nu numai să prevedem această evoluţie dar chiar să luptăm pentru realizarea ei cât mai grabnic.

Consecvenţi acestei atitudini, suntem obligaţi să pregătim din timp, medicii de care avem nevoe pentru reorganizarea sanitară a ţărei. Şi cum durata studiilor medicale este de şase ani, suntem datori să aplicăm, cât mai repede, ideea de a mări foarte mult randamentul Facultăţilor noastre.

PIPÉRAZINE MIDY

(Granulată efervescentă)

ANTI-URICUL TIP

THIODÉRAZINE MIDY

(injectabilă fiole 5 cc.)

TRATAMENT GENERAL AL REUMATISMULUI CRONIC

THIODACAÏNE MIDY

(fiole 20 cc.)

TRATAMENT LOCAL AL DURERII REUMATICE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona, papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46.

IN HIPERTONIE
ARTERIOSCLEROZĂ
ANGIOSPASME

HYPONITIN

Dr. Wander

DRAGEURI

Bromcalciumtheosan
Acid. feniletilbarbituric
Rodanat de Sodiu
Chinină sulf.

Hipotensiv şi Calmant

In spasme

Dureri interne şi postoperatorii

Dismenoree

NEO-LUVERIN

Dr. Wander

Tablete Supozitoare

Acţiune spasmolitică şi analgetică sigură

Desinfectant intern al aparatului uro-genital

VESTIN

Dr. Wander

Drageuri **Fiole injectabile** **Pulbere**

Antiseptic colorant pe bază de Fenilazodiaminopiridină
Acţiune bactericidă intensă asupra gonococului, colibacilului etc.

Uretrite
Cistite
Pielite
Bacteriurie

MOSTRE ŞI LITERATURĂ TRIMITE LA CERERE:

DR. WANDER
Societate pe Acţiuni
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Fundaţiunea Leon Bernard

Comitetul executiv al Uniunei internaţionale contra tuberculozei, pune la dispoziţiunea guvernelor şi asociaţiilor, membre ale Uniunii, un premiu bi-anual în valoare de 2500 franci francezi, destinat să comemoreze amintirea Profesorului Leon Bernard, fundator şi timp de 14 ani Secretar general al Uniunii.

Acest premiu va fi decernat pentru a doua oară în cursul anului 1940 autorului unei lucrări originale asupra «Tuberculozei conjugale», redactat în limba franceză sau engleză. Aceste două limbi sunt alese numai pentru a înlesni sarcina comitetului executiv.

Lucrările preparate în vederea distribuirei acestui premiu trebuesc să fie imprimate sau dactilografiate şi să nu depăşească 10.000 cuvinte. Ele trebuesc transmise de către un guvern sau asociaţie, membră a Uniunii, la Secretariatul Uniunii Internaţionale contra Tuberculozei, 66 Bd. Saint-Michel (6-e) înainte de 1 Mai 1940.

Dacă comitetul executiv găseşte că nici una dintre aceste lucrări nu prezintă o valoare suficientă, premiul nu va fi decernat în anul 1940, ci va fi oferit în anul următor.

Deciziunea Comitetului executiv este fără apel.

Medici austriaci glorificaţi prin mărci poştale

Cu puţin timp înainte de alipirea la Germania, Direcţiunea poştelor austriace a avut ideea să celebreze marile nume ale medicinei naţionale printr'o emisiune specială de timbre, cari sunt şi astăzi în circulaţie cu următorele efigii:

Gerhard van Swieten (1700 — 1792), care a fost medicul împărătesei Maria Tereza şi care a instituit la Viena învăţământul la capul bolnavului, pe care-l preconiza ca mai util studenţilor decât învăţământul teoretic.

Leopold van Auerbrugger (1722 — 1809) căruia medicina îi datoreşte percuţia, care dealtfel a fost redescoperită de Skoda.

Karl von Rokitansky (1804 — 1878) anatomo-patolog, ale cărui cinci volume de anatomie, constitue un monument al medicinei.

Un alt timbru este consacrat lui Joseph Skoda 1804 — 1878) care pe lângă percuţie, a studiat şi auscultaţia.

Reformatorul dermatologiei Ferdinand von Hebra (1816 — 1880) îşi are de asemeni marca sa.

La fel oftalmologistul Ferdinand von Arlt (1812 — 1887), anatomistul Joseph Hirtl (1810 — 1894) şi fondatorul chirurgiei moderne de războiu Theodor Billroth (1829 — 1894) şi în acelaşi timp unul dintre pionierii ablaţiunei faringelui şi stomacului.

Ultimul ca dată, ce a fost onorat în acest mod, este Theodor Meyenert 1833 — 1892) psihiatru şi anatomist al creerului care a fundat la Viena un institut modern de alienaţi, care a devenit apoi o şcoală cu reputaţie universală.

Australia acordă medicilor refugiaţi dreptul de a profesa în regiunile rurale.

Imigrarea masivă de medici străini în Australia, a determinat luarea de măsuri pentru a se evita pletora medicală. S'a stabilit că medicii străini refugiaţi nu vor putea profesa decât în anumite regiuni, şi numai în mediul rural, unde medicii autohtoni sunt în număr relativ restrâns.

Permisiunea de exercitarea profesiunei medicale nu se acordă de cât pentru un an, cu posibilitatea de prelungire.

După cinci ani de practică la ţară, medicii străini capătă dreptul de a practica şi în oraşe, după dorinţa lor, ca şi cei naţionali.

Pentru a exercita medicina în regiunile izolate ale Australiei, guvernul acordă un salariu fix de 500 lire anual. Medicii tineri, refuzând însă ca în schimbul acestei sume să se stabilească la ţară, s'a decis ca aceste posturi să fie oferite străinilor, ridicându-se remuneraţia la 1000 lire pe an, adică circa 180.000 franci.

Concurs de medici primari de judeţ la Ministerul Sănătăţii

Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Luni 4 Decembrie 1939, orele 9 a. m., va începe la Bucureşti, Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, din Calea Griviţei No. 64, concurs pentru ocuparea posturilor de medici primari ai judeţelor: Botoşani, Odorhei, Râmnicu-Sărat, Rădăuţi şi Roman.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs medicii sanitari definitivi cu 10 ani vechime.

Concursul constă în următoarele probe:

1) O probă de titluri, lucrări şi activitate în serviciu.

2) O probă de administraţie şi legislaţie sanitară.

3) O probă de medicină legală.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de 2000 (două mii) lei, cu cel puţin 30 de zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

«Medicina şi Psihologia militară»

Revista «Spirit Militar Modern», printre alte subiecte de lucrări, cărora li se vor decerne premii, a pus şi pe acesta: «Medicina şi Psihologia Militară, Rolul medicului militar în formarea sufletească a viitorului ostaş».

Premiul este acordat de d. medic general *Doctor C. Costea*, şi alegerea acestui subiect onorează deopotrivă pe donator şi revista «Spirit Militar Modern».

Problema pusă, prezintă o deosebită importanţă practică şi se încadrează perfect în concepţiunile actuale în legătură cu rolul şi atitudinea medicului în societate.

In adevăr, un medic nu se poate limita, în practica de toate zilele, la îngrijirea leziunilor somatice pe cari le prezintă bolnavul său. El are o deosebită grijă de psihologia lui, de rezistenţa lui morală — în faţa boalei.

Chirurgii ştiu foarte bine să acţioneze, în această direcţie, tonificând pe cei lipsiţi de curaj şi evitând pe hipocondriaci sau pe cei cu temperamente paranoide.

Dacă medicina individuală pune atâtea chestiuni de psihologie, — medicina colectivă ridică probleme şi mai greu de rezolvat.

In faţa lor, medicii trebue să găsească soluţiuni, căutând mai ales să asigure prin intervenţia lor, un echilibru sufletesc stabil şi o normală desvoltare a psihologiei individuale şi colective.

Viaţa, în complexitatea ei, a pus aceste probleme.

Studiul lor ştiinţific, este în mers.

Premii ca cel anunţat în această notă, sperăm că le va stimula.

Locuri vacante de medici la instituţiile ministerului sănătăţii

Ministerul sănătăţii şi asistenţei sociale publică vacante următoarele locuri de medici în instituţiile sale:

Medici primari ai judeţelor Câmpulung, Hotin, Mehedinţi, Tighina;

medic-şef al oraşului Focşani;

medic-şef al secţiei de nas, gât şi urechi la ambulatorul policlinic din Cluj;

medic al secţiei de nas, gât şi urechi dela serv. sanitar al Capitalei;

medic radiolog la Casa de asigurări sociale Ploeşti;

medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul din Câmpulung-Bucovina;

medici primari ai secţiilor de maternitate dela spitalele din Cahul şi Câmpulung-Bucovina;

medic al spitalului Slobozia, jud. Ialomiţa.

Circumscripţii vacante

Sunt de asemenea vacante locurile de medici ai următoarelor circumscripţii:

Ciofrângeni, jud. Argeş; Rădăşeni, jud. Baia; Stăncuţa, jud. Brăila; Berlistea, jud. Caraş; Cara Hasan, judeţul Cetatea Albă; Iserila jud. C. Albă; Cătina şi Feleacu, judeţul Cluj; Cobadin şi Siliştea, jud. Constanţa; Şercaia, jud. Făgăraş; Bărbăteşti, jud. Gorj; Ticuşul Vechiu, jud. Făgăraş; circumscripţiile Bărcăneşti şi Dragalina, jud. Ialomiţa; Sărbăreni, jud. Ilfov; Sofian, jud. Ismail; Teaca, jud. Mureş; Podoleni, jud. Neamţ; Crăsnăşeni şi Ignăţei, jud. Orhei; Mănăştur, jud. Severin; Târnova, jud. Soroca; Vulturenı, jud. Tecuci; Vităneşti, jud. Teleorman; Ermoclia, jud. Tighina; Sânnicolaul Mare, jud. Timiş; Plopena, jud. Tutova; Făureşti, jud. Vâlcea; Şcurtu, jud. Vlaşca.

D-nii medici, cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului în termen de 30 de zile dela data înserării prezentei publicaţii în «Monitorul Oficial», care a apărut în ziua de 6 Octombrie 1939.

Mişcare în corpul medical al ministerului sănătăţii

Prin decret regal se face următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisiunea administrativă prin procesele-verbale cu Nr. 34 şi 37 din şedinţele dela 13 Iulie şi 22 Septembrie 1939 şi anume:

D. dr. Cosmuţă Corneliu, actual medic primar definitiv al jud. Mehedinţi, se numeşte definitiv în postul de inspector general sanitar al Ţinutului Olt.

D. dr. Andronovici Gh., medic-şef definitiv al Serviciului sanitar al municipiului Iaşi, se transferă în interes de serviciu, în aceeaşi calitate, în postul vacant de medic primar al judeţului Iaşi.

D. dr. Teohari Constantin, medic primar definitiv al jud. Hotin, se transferă în interesul serviciului, în aceeaşi calitate în postul de medic şef al Serviciului sanitar al municipiului Iaşi.

D. dr. Grădină Constantin, medic definitiv al circ. Feleacu, jud. Cluj, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic epidemiolog al Serviciului sanitar al municipiului Cluj.

D. dr. Mihalovici Rouă de Deal se reintegrează pe urma hotărîrii justiţiei Nr. 1664 din 1937, în postul de medic definitiv de circumscripţie urbană la Serviciul sanitar al municipiului Chişinău.

D-na dr. Constantinescu D. Veronica Voichiţa, medic stagiar al circ. Scurtu, jud. Vlaşca, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Brâncoveni, jud. Ilfov.

D. dr. Constantin Mavrianopol se confirmă definitiv în postul de medic-şef director al maternităţii «Paul Greceanu», din Bucureşti.

D. dr. Teleman Mihai se numeşte definitiv în postul de medic şef al laboratorului de igienă din Sibiu, având dat concurs în această specialitate.

D. dr. Dabija Constantin, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic primar al spitalului de izolare Bagdad, din R.-Sărat.

D. dr. Vasilescu Dartanian, medic definitiv al circ. Corcova, judeţul Mehedinţi, se transferă în interes de serviciu în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Broscari, acelaş judeţ.

Se revine asupra transferării d-lui dr. Virgiliu Albescu, în postul de medic şef al Laboratorului de igienă Buzău, d-sa urmând să funcţioneze în postul de asistent la institutul «Prof. dr. I. Cantacuzino».

Se revine asupra transferării d-lui Grosfeld Lupu în postul de medic al circ. Cristul Crişeni din jud. Sălaj, d-sa urmând să funcţioneze în postul de medic al circ. Stănişeşti, jud. Tecuci.

Se revine asupra transferării d-lui dr. Negoschi Eustafie în postul de medic definitiv al circ. Hristic, jud. Soroca, d-sa urmând să funcţioneze definitiv al circ. Climăuţi, jud. Soroca.

Medicii stagiari, pe bază de examen de capacitate mai jos menţionaţi, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează:

D. dr. Vartan Dan la circ. Gighera jud. Tulcea.

D. dr. Ioan Proncenco la circ. Mărgineni, jud. Bacău.

D. dr. Virgil Floca la circ. Archita, Târnava Mare.

D-na dr. Vârnav Alexandrina, la circ. I. C. Brătianu, jud. Brăila.

D. dr. Ştefan Vaida, la circ. Cislău, jud. Buzău.

D. dr. Ştefănescu Grigore la circ. Teşila, jud. Prahova.

D. dr. Aristide Zega, medic definitiv la circ I. G. Duca (Ghelengie), jud. Caliacra, se transferă disciplinar, în aceeaşi calitate la circ. Ezibe din acelaş judeţ.

D-na dr. Zefira Megas, medic stagiar la circ. Ezibei din jud. Caliacra, se transferă în interes de serviciu, în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. I. G. Duca (Ghelengic) din judeţul Caliacra.

* * *

S'a făcut următoarea mişcare în corpul medical din serviciile pendinte de Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisia administrativă ce funcţionează pe lângă acest minister, prin procesul-verbal cu Nr. 36 din şedinţa dela 4 Septembrie 1939 şi anume:

D. dr. Constantin Lissievici, actual medic primar definitiv al jud. Tighina, se transferă în aceeaşi calitate în postul de subinspector general sanitar al Ţinutului Nistru.

D. dr. Felix Nădejde, subinspector general sanitar al Ţinutului Suceava, se transferă definitiv în postul de medic primar al jud. Dorohoi.

D. dr. Creangă Ioan, actual medic primar definitiv al jud. Câmpulung, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic primar al judeţului Argeş.

D. dr. Cezar Cerchez, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic primar puericultor la Ambulatorul policlinic judeţean din judeţul Ilfov.

D. dr. Dinescu Petre, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic puericultor al dispensarului de puericultură din Ploeşti.

D. dr. Lăzărescu Victor, medic definitiv la serviciul de desinfecţii, băi şi deparazitare la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă definitiv în postul de medic conducător al acelui serviciu (Serviciul Epidemiilor).

D. dr. Ştefănescu Eugen, şef de serviciu cl. II (medic) la Direcţiunea Igienei Sociale din Administraţia Centrală a Ministerului, se transferă definitiv în postul de medic la Serviciul de desinfecţii, băi şi deparazitare (Serviciul Epidemiilor) la Serviciul sanitar al Muncipiului Bucureşti.

D-na dr. Vulcan Maria, medic stagiar al Circ. Dragalina, jud. Ialomiţa, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Grindaşi din acelaşi judeţ.

D-na dr. Moşteanu Natalia, medic definitiv al Circ. Făureşti, jud. Vâlcea se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Ştirbey, jud. Romanaţi.

D-na dr. Crasiuc Astra, medic definitiv al Circ. Ignăţei, jud. Orhei, se transferă, în aceeaşi calitate la Spit. cu circ. Zguriţa, judeţul Soroca.

D. dr. Matinca Iosef, medic cu concurs de spitale mixte, se numeşte definitiv în postul de medic primar al Spitalului mixt din Aiud.

D. dr. Chiru Gheorghe, medic definitiv la Circ. Stăncuţa, jud. Brăila, se transferă, în aceeaşi calitate la Circ. Radu Negru, din acelaşi judeţ.

D. dr. Şverdlov Alexandru, medic definitiv al Circ. Ermoelia, jud. Tighina, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Tătărăşti, jud. Cetatea Albă.

D-ra dr. Roitman Lea, medic defini-

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecţios.

In fermentaţiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic şi infecţios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDUREROS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 ‰, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2 -3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală
Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID
Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE

Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei
Complicaţiuni

STREPTOCOCIE

Erisipel — Infecţiune puerperaiă post-partum şi post-abortum
Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulţi :	6 — 10 comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani:	3 — 5 „ „ „
„ „ 2 — 5 „ :	1 3 „ „ „
Sugaci:	½— 1 comprimate „ „

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: **„SPEPHAR"** — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III
Telefon: 2.11.78.

CHOLERETIC
DESENSIBILIZANT
DIURETIC

DYCHOLIUM

Acid dehidrocholic

TOATE INSUFICIENȚELE HEPATICE
ICTERE
LITIAZE BILIARE
MIGRENE
OLIGURII

Prezentare : Cutii cu 6 fiole de 5 cc. conținând 1 gr. de dehidrocholat de sodiu de fiolă.
Tuburi cu 20 comprimate de 0,30 gr. de acid dehidrocholic.

Posologie : 1 la 2 gr. în injecții intravenoase fiecare zi sau la câte două zile.
2 la 6 comprimate pe zi, repartizate la începutul meselor, în perioade de zece zile.

98, Rue de Sèvres, 98 **THÉRAPLIX** PARIS-7e - Ségur 13-10

Propagande medicale: «THERAPLIX» Str. Anastasie Simu No. 6, București III

R E S Y L

Eterul glicero-gaiacolic

IN TOATE BOLILE DE RĂCEALĂ
Preparat de gaiacol ușor resorbabil și cu acțiune rapidă

Picături de Resyl:

Se dozează exact cu întrebuințare practică și economică.

Tablete de Resyl:

Se administrează ușor, stimulează pofta de mâncare și au o acțiune sigură.

Fiole de Resyl:

Injecțiuni nedureroase, bine tolerate, pentru acele cazuri unde o medicație pe cale bucală nu este recomandabilă.

Ambalaj: Picături, flacon cu 20 gr. — Tablete, flacon cu 20 tablete.
Fiole, cutie cu 10 fiole à 2,3 cc.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

Reprezentant pt. România: NICOLAE BARNA, farmacist, București III, Str. Romană 55 c.

tiv al Circ. Bărcăneşti, jud. Ialomiţa, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Slobozia, acelaşi judeţ.

D. dr. Rotaru Gh. Ioan, medic definitiv al Circ. Vităneşti, jud. Teleorman, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Topliţa, jud. Mureş.

D. dr. Manzaniti V. Spiridon, medic stagiar al Circ. Iserlia, jud. Cetatea Albă, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Stelian Popescu, jud. Prahova.

D. dr. Axinte Octav, medic definitiv al Circ. Sofian, jud. Ismail, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Strunga, jud. Roman.

D. dr. Gaiţa Ioan, medic stagiar al Circ. Mânăştur, jud. Severin, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Birchiş, aceluiaşi judeţ.

D. dr. Dobrin Gh. Romulus, medic definitiv al Circ. Sânicolalul Mare, jud. Timiş, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Buchin, jud. Severin.

D-na dr. Ludmila Fiptu Găină, medic definitiv al Circ. Rădăşeni, jud. Baia, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Capul Codrului, jud. Câmpulung.

D. dr. Kocis Iosif, medic definitiv al Circ. Berlişteа, jud. Caraş, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Deta, jud. Timiş.

D. dr. Vasiliu Toma, medic definitiv al Circ. Ticuşul Vechi, judeţul Făgăraş, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Cuciulata, judeţul Târnava Mare.

D. dr. Piescu Grigore, medic definitiv la Circ. Poplana, judeţul Tutova, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Luncaviţa, judeţul Tulcea.

D. dr. Vass Albert medic stagiar al Circ. Cătina, judeţul Cluj, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Movileni, acelaşi judeţ.

D. dr. Margine Ioan, medic definitiv al Spit. cu Circ. Burdujeni, judeţul Suceava se transferă în aceeaşi calitate, la Spitalul Sculeni-Târg, judeţul Iaşi.

D-na dr. Olga Muşetescu, medic definitiv al Circ. Remus, jud. Vlaşca; d. dr. Gh. Văcărescu, medic definitiv al Circ. Stăneşti din acelaşi judeţ, se transferă în aceeaşi calitate, unul în locul altuia, prin consimţământ reciproc.

D. dr. Gheorghe Pavel, medic definitiv al Circ. Prundului Bârgăului şi d. dr. St. Vlad, medic stagiar al Circ. Satul Nou, ambii din judeţul Năsăud, se transferă în aceeaşi calitate unul în locul altuia, prin consimţământul reciproc.

D-ra dr. Tismeneţchi Nehemia, medic definitiv al Circ. Căciulaţi, jud. Ilfov, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Lipia-Bojdani, din acelaşi judeţ.

D. dr. Lazăr A., medic stagiar al Circ. Ciofrângeni (Tigveni) din jud. Argeş, se transferă în aceeaşi calitate, la Circ. Căciulaţi, jud. Ilfov.

D. dr. Fodor Andrei, fost medic stagiar, se reprimeşte în aceeaşi calitate, în postul de medic al Circ. Avram-Iancu, jud. Turda.

D-na dr. Maria Butuşanscaia fost medic definitiv, se reprimeşte în aceeaşi calitate în postul de medic al Circ. Curt-Bunar, jud. Durostor.

Se revine asupra transferării d-lui dr. Surdu Cuza la Circ. Argetoaia, jud. Dolj, d-sa urmând să funcţioneze în calitate de medic definitiv la Circ. Dobra jud. Hunedoara.

D-nii medici stagiari mai jos menţionaţi, care au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă după cum urmează:

D. dr. Eusebiu Frăţianu la Circ. Secăşeni, jud. Caraş.

D-na dr. Eugenia Vlădescu la Circ Rogaţi, jud. Dâmboviţa.

D-ra dr. Fănica Iliescu la Circ. Vişina, jud. Dâmboviţa.

D. dr. I. Sfart la Circ. Cornеşti, jud. Dâmboviţa.

D. dr. Adalbert Man la Circ. Săvârşin, jud. Arad.

D. dr. Emil Petreanu la Circ. Rodna-Veche, jud. Năsăud.

D. dr. Liviu Bogdan la Circ. Călăele judeţul Cluj.

D. dr. Aurelian Scorpan la Circ. Orbeasca, judeţul Teleorman.

D. dr. Mircea Sireteanu se confirmă definitiv în postul de medic primar al secţiei de chirurgie dela Spitalul din Câmpulungul Moldovenesc, pentru care a optat în urma scindării spitalului.

D. dr. Froim Susman, medicul Circ. Crăsnăşeni, jud. Orhei se pune în retragere din oficiu pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru caz de boală.

D. dr. Ioan Remişowski, medicul Circ. Teaca, jud. Mureş, se pune în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie pentru caz de boală.

D. dr. Grigore Turcan se confirmă definitiv în postul de medic primar al secţiei de chirurgie dela Spitalul din Cahul pentru care a optat în urma scindării spitalului.

D. dr. Bolfa Eugen, medicul Circ. Şercaia din judeţul Făgăraş, d. dr. Racoveanu Nicolae medic primar al Spitalului «Constantinescu» din Ploeşti şi d. dr. Atanasiu Nicolae, medic şef al oraşului Focşani, se pun în retragere din oficiu pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru limită de vârstă.

* * *

D-na dr. Georgescu Margareta, actual medic definitiv al circ. Lipia Bojdani din jud. Ilfov, se transferă în aceeaşi calitate ca medic şcolar la serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.

D. dr. Solomon Eugeniu, medic cu concurs, se numeşte definitiv în postul de medic primar de boli interne la spitalul din Beiuş.

D. dr. Gazurcov I., actual medic definitiv al circ. Belouşovca, jud. Hotin, se transferă în aceeaşi calitate ca medic al circ. Dinăuţi, jud. Hotin.

D-na dr. Gazurcov Elena, actual medic stagiar al circ. Ghiulerchioi, jud. Durostor, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Costiceni, jud. Hotin.

D. dr. Abraham I., actual medic definitiv al circ. Hristic, jud. Soroca, se transferă în aceeaşi calitate ca medic al circ Gerghin, jud. Alba.

D-na dr. Victoria Potlogeanu, actual medic definitiv al circ. Brâncoveni, judeţul Ilfov, se transferă în aceeaşi calitate şi în interes de serviciu la circ. Vasilaţi-Budeşti, jud. Ilfov.

S'a revenit asupra transferărilor d-lui dr. Ionescu Romanaţi Matache la circ. Ştirbey, jud. Romanaţi, urmând a rămâne ca definitiv la circ. Mătăsaru, jud. Dâmboviţa.

D. dr. Matei C. Dumitru, medic secundar cu concurs la secţia medicală a spitalului «Filantropia» din Craiova, se transferă, după cerere în aceeaşi calitate ca medic secundar la Spitalul «Constantinescu» din Ploeşti.

D. dr. Filipeanu Alexandru, actual subinspector general sanitar definitiv al Ţinutului Nistru, se transferă în aceeaşi calitate şi în interesul serviciului în postul de medic primar al leprozeriei Tichileşti, jud. Tulcea.

D. dr. Balassy Coloman, actual medic primar definitiv al secţiei de boli interne dela spitalul din Miercurea-Ciuc, se transferă în aceeaşi calitate, în interesul serviciului la secţia de boli interne, la spitalul din Cahul.

D-na dr. Popovici N., actual medic definitiv la circ. Văile-Unite, judeţul Dâmboviţa, se transferă disciplinar şi în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Greceşti, judeţul Mehedinţi.

D. dr. Lebedev Nicolae, actual medic definitiv al circ. Cărpinişeni, jud. Lăpuşna, se transferă disciplinar în aceeaşi calitate la circ. Beibunar, judeţul Durostor.

D. dr. Coifman David, actual medic definitv la circ. Avrămeşti, jud. Tutova, se transferă disciplinar în aceeaş calitate la circ. Lipniţa, jud. Durostor.

D. dr. Berko Arthur, actual medic primar definitiv la secţia de chirurgie a spitalului din Sighet, se transferă în interes de serviciu şi în aceeaşi calitate în postul de medic al spitalului cu circ. Bechet, judeţul Dolj.

D-na dr. Boico Alta Hava, fost medic stagiar al circ. Rubelniţa, jud. Soroca, se reprimeşte în aceeaşi calitate ca medic al circ. Ghizdita, judeţul Soroca.

Se revine asupra transferării disciplinare la circ. Vădastra, jud. Romanaţi, a d-lui Tarălungă Nicolae, transferându-se în interesul serviciului la spitalul Vidra, jud. Putna.

D. dr. Margine, actual medic definitiv al spitalului Burdujeni, jud. Suceava, se confirmă definitiv în postul de medic al circ. Burdujeni, jud. Suceava, aşa cum i s'a transformat postul.

D. dr. Ifrim R. Stoicescu, actual medic al departamentului cultelor şi artelor, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Medicii stagiari mai jos menţionaţi, cari au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează:

D. dr. Soiu Ion, la circ. Hăbig, jud. Trei-Scaune.

D. dr. Gazana Dumitru, la circ. Arsache, jud. Vlaşca.

D. dr. Sverdelov Alexandru, la circ. Ermoclia, jud. Tighina.

D-ra dr. Dulbergher Alendrina, la circ. Zorleni, jud. Tutova.

D. dr. Felman Nuţă, la circ. Coreşti, jud. Tutova.

D. dr. Petrescu Gh., la circ. Pieleşti, jud. Dolj.

D. dr. Albaru Coriolan, la circ. Gladna Română, jud. Severin.

D. dr. Pârjol Petre, la circ. Turnu, jud. Arad.

D-ra dr. Mihăescu Maria, la circ. Celaru, jud. Romanaţi.

D. dr. Rusu Liviu, la circ. Baraolt, jud. Trei Scaune.

D. dr. Stoica Vasile, la circ. Micfălău, jud. Trei-Scaune.

D. dr. Grigoriu Ilie, la circ. Salonta, judeţul Bihor.

D. dr. Maruşca Teodor, la circ. Gepiu, jud. Bihor.

D. dr. Sândean Ion, la circ. Marghita, jud. Bihor.

D. dr. Blaşiu Aurel, la circ. Biharia, jud. Bihor.

D. dr. Vasu Nicolae, actual medic al circ. Toplita, jud. Mureş, se pune în retragere din oficiu pentru aranjarea drepturilor la pensie, pentru cauză de boală, căpătată în timpul şi din cauza serviciului.

Medicii mai jos menţionaţi se pun în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie peentru caz de boală căpătată în timpul serviciului, însă nu din cauza serviciului, şi anume:

D-nul dr. Dostal Friederic, medic al circ. Bichiş, jud. Severin.

D-na dr. Trautsch Teofila, medic al circ. Slobozia, Ialomiţa.

D. dr. David Gany, medic al oraşului Băileşti, jud. Dolj.

BIBLIOGRAFII

La recherche de la paternité par les groupes sanguins; étude technique et juridique par **Louis Christiaens.** Préface du professeur **Leclercq.** *Masson et C-le Éditeurs.* Un volum de 108 pagini (Collection Médecine et Chirurgie: Recherches et applications No 17) . . . . . 26 fr.

Legislatorii s'au străduit în toate timpurile şi în toate ţările civilizate să apere filiaţiunea familială şi să precizeze, prin dispoziţiuni legale, condiţiunile în cari poate fi recunoscută paternitatea.

Datorită progreselor biologiei şi a technicei, medicina este astăzi susceptibilă să aducă justiţiei un concurs de o importanţă esenţială în acest domeniu. Descoperirile şi lucrările din ultimii ani, au permis să se diferenţieze grupele sanguine cărora le aparţin indivizii şi au arătat că legile hereditătei ale acestor factori iau un caracter de intangibilitate absolută.

Autorul a crezut necesar, ca din punct de vedere medico-legal să facă o punere la punct precizând ceia-ce ar câştiga legislaţia franceză adresându-se metodei grupelor sanguine pentru cercetarea paternităţei.

A voit însă, de asemenea să redacteze o broşură practică, în care jurişţii şi experţii vor găsi amănuntele necesare pentru a înţelege şi utiliza aceste expertize.

C. Claoue et Chwatt-Les paraffinomes: 25 fr. *Librairie Maloine S. A.* 27, rue de l'Ecole-de-Médecine-PARIS (60)

Istoricul. Chimia parafinei, a parafinomelor. Parafinoplastia, complicaţiunile parafinoplastiei, Studiul clinic al parafinomelor, Studiul histopatologic, Studiul chimic al parafinomelor Studiul biologic şi experimental al tumorilor datorite hidrocarburilor şi Studiul terapeutic, fac obiectul capitolelor acestei lucrări.

Maladies de l'Intestin, par **R. Bensaude** Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Antoine. Série IV. Les hémorroïdes et leur traitement, Fissure anale, Prurit anal, Hémorroïdes et angiomes chez l'enfant, Rectocolites, Rètrédissements du rectum, Actinomycose ano-rectale. Avec la collaboration de **A. Cain, A. Lambling, J. Rachet,** médecins des Hôpitaux, **A. Bensaude. F. Bertillon, Massot, E Sidi.** *Masson et, C-ie, éditeurs.* Un volum de 574 pagini cu 97 figuri. . . . . 90 fr.

In acest volum sunt tratate subiectele esenţiale ale acestui important capitol al patologiei digestive care este enteroproctologia.

Primul capitol este consacrat hemoroizilor şi tratamentul lor. Rând pe rând se tratează apoi, patologia şi etiologia lor, anatomia patologică, simptomele, evoluţiunea şi diferitele grade, diagnosticul acestei afecţiuni. In fine tratamentul: profilaxie, tratament medical, injecţiuni sclerozante, diatermocoagulaţiunea, diatermo-resecţiunea, tratamentul complicaţiunilor.

Le Poumon. Structures et mécanisme a l'état normal et pathologique, par **A. Policard,** Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. Directeur de Laboratoire à l'École des Hautes Études. *Masson et C-ie Éditeurs.* Un volum de 314 pagini cu 31 figuri. . . . . 55 fr.

Fiziologia plămânului, poate fi considerată din două puncte de vedere distincte. Se poate studia funcţiunea pulmonară propriu zisă, schimbul de gaze ce se desfăşoară în pereţii alveolelor, se poate deasemenea considera modul în care maşina pulmonară şi diferitele sale organisme se comportă în funcţiunea lor.

Histologia interesează în primul rând pe medici. Procesurile patologice se desfăşoară, mai ales pe planul ţesuturilor. Pentru a urmări evoluţiunile patologice, patologistul va trebui să studieze «ţesuturile pulmonare».

Luând ca bază de descriere ceeace arată un plămân adult, autorul a studiat 1) Parenchinul alveolar, adică ţesutul aerat al plămânului, 2) Scheletul fibros al plămânului format prin traveuri şi pereţii conjonctivi a bronchiilor şi vaselor.

Pentru medicul care voeşte să înţeleagă cum se produc turburările pe cari le observă, acest studiu histopatologic este de un interes capital.

La dermatologie pur MM. R. Degos, médecin des hôeitaux de Paris, et **E. Lortat-Iacob,** chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. «Les petits précis«, Maloine dé 1930, 2 volumes; chaque volume: 18 fr.

Autorii descriu în acest volum dermatozele plecând totdeauna dela leziunea elementară. Această disciplină va permite, chiar acelora cari nu ar avea ocaziunea să observe cutare sau cutare dermatoză, s'o clasifice într'un grup precis (papulă, tubercul, bulă... etc.) şi plecând de aci să stabilească deseori diagnosticul.

Discuţiunile patogenice, descrierile histologice, au fost eliminate din această lucrare. Cu toate acestea autorii n'au pierdut din vedere că o dermatoză nu este uneori decât expresiunea cutanată a unei maladii generale, şi au insistat asupra factorului teren.

O largă parte, o ocupă tratamentul. Formulele dermatologice au fost redactate, atât cât este posibil, după aceleaşi scheme, pentru a permite medicului să le reţină fără dificultate şi să alcătuiască altele similare cu alţi corpi activi.

FARMAKO

Laborator de produse chimico-farmaceutice.

Dizolvant energic al acidului uric şi al uraţilor, pe bază de dietilendiamină.

UROPURIN „FARMAKO"

granule efervescente

Diateza urică şi artritică, reumatism acut şi cronic, arterioscleroza, hipertensiune.

1 ling. de ceai la ½ pahar cu apă de 2—3 ori pe zi.

Preparat policalcic perfect asimilabil, asociat cu Vitamina D.

FARMACALCIN „FARMAKO"

granule

Compoziţie: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan şi **vitamina D.**

Indicaţii: demineralizare, pre-şi tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofilie, astenie, convalescenţă, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulţi 3 — 4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.
Copii 1—2 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.

Gust plăcut.
Flacoane originale.

MAGNOIOD „FARMAKO"

fiole

Compoziţie: Iodură de sodiu şi thiosulfat de magnezie.

Indicaţii: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite ateromatoase, bronşite subacute şi cronice, emfizem pulmonar, astmă, nevralgie, sciatică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cutii cu 6 fiole de 5 şi 10 ccm.

„FARMAKO" Laborator de produse chimico-farmaceutice

2 MANN

Eşantioane şi literatură la cerere. Reprezentant general pentru România:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

fabrica de produse chimice

gedeon richter s. a.

Str. Logofătul Tăut, 99

In afecțiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special pneumonie, abces pulmonar, bronchopneumonie, pleurezie purulentă, etc.

apoi în septicemie, remediul suveran

Camfalcol inj.

Camfor — Alcool — Glucoză

Pentru injecțiuni intravenoase.

20—80 cc. pe zi, după gravitatea cazului.

In pneumonii, bronchopneumonii și alte boli infecțioase:

Excitantul sistemului cardio-vascular

Adigan

Soluție — fiole pentru injecțiuni — tablete.

Un preparat de digitală, pur, precis titrat, eficace, inofensiv și netoxic.

Medicația salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulți și copii

KALMOPYRIN

Tablete Pulbere

MERCK · BOEHRINGER · KNOLL

MBK

ACESTE 3 NUME GARANTEAZĂ
CALITATEA SUPERIOARĂ,
DEȘI PREȚUL E MINIM.

„COMPRETTEN" „AMPHIOLEN"

RECOMANDĂM: „COMPRETTEN" CALCIUM LACTICUM —
LAXATIVUM VEGETABILE

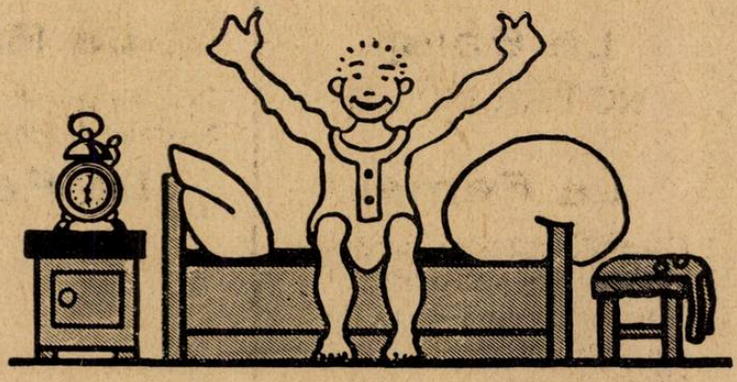
CATALOG LA CERERE

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI III — STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 9

NOCTAL

DECI:

DEȘTEPTARE VIOAIE
FĂRĂ TOROPEALĂ!



Hipnotic și sedativ foarte activ și totuși **lipsit de pericol.** Garantează acțiune rapidă și **degredarea complectă în scurt timp. Tentativele de sinucidere sunt fără urmări letale**

1814 125 ANI 1939
Dr. Riedel · E. de Haën A.G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
RUDOLF FOREK,
București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu No. 6

STÉRANDRYL

Dr. ROUSSEL

Soluție uleioasă de Propionat de Testosteron dozat în miligrame.

Clasificarea indicațiunilor corespunzătoare dozajelor de:

5 MILIGRAME	10 MILIGRAME	25 MILIGRAME
La Bărbați	**La Bărbați**	**La Bărbați**
NU ESTE INDICAT	Astenii ușoare și medii. Surmenaj intelectual, Insomnii, Diminuarea forțelor fizice. Manifestările bătrâneții. Pierderea tonusului muscular sau intelectual. Stări depresive. Psihastenii. Turburările așa zise de menopauză masculină (nevroze cardiace, prurite scrotale și anale, astenii senile etc.) Prostatisme ușoare (polakiurie, disurie, congestii prostatice).	Astenii grave. Accidente urinare serioase datorite prostatismului (Crize de retenție, Atonie cu rezidiu vesical). Hipertrofia de prostată. Hipogenitalism. Scăderea potențialului sexual. Impotența. (Insuficiența testiculară).
La Băieți	**La Băieți**	**La Băieți**
NU ESTE INDICAT	Intârzierea pubertății. Sindromul adiposo-genital.	NU ESTE INDICAT
La Femei	**La Femei**	**La Femei**
Congestii mamare dureroase, pre sau intermenstruale. Mastopatii cronice nodulare sau chistice. Hipermenoree. Dismenoree. Metroragii datorite fibroamelor. Turburări urinare și neurovegetative de castrație. Frigiditate sexuală.	NU ESTE INDICAT	NU ESTE INDICAT

Laboratoarele Dr. Roussel—Paris

Eșantioane și literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei BUCUREȘTI III Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XVII. No. 21 — 10 Lei Exemplarul — 1 Noembrie 1939

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAȚIA

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ȘI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 141/938 Trib. Ilfov
REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Str. Olari 15, București IV

COMITETUL DE REDACȚIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Brașcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaș E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărășanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Pașcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Șt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Țețu I., Țovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREȚUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenți: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administrația revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, București, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE

Profesor Dr. MIHAI CIUCĂ. *Orientări în lupta antimalarică: Chimioterapia Malariei; Metode antianofaliene.* 269

Prof. Dr. PREDESCU-RION: *Surditatea hormonală* 271

Dr. B. DRĂCEANU: *Flegmonul Perinefretic* 273

PROBLEME DE ORGANIZARE A ÎNVĂȚĂMÂNTULUI MEDICAL

Dr. AL. BĂDESCU: *Dificultățile ce le prezintă perfecționarea în obstetrică* 276

Pagina

VIAȚA MEDICALĂ

Profesor Dr. P. TOMESCU: *Problema generațiilor în medicina românească* 277

NOTE ȘI INFORMAȚIUNI

Un apel al D-lui Ministru al Sănătății pentru ajutorarea celor suferinzi și lipsiți; O propunere bună: Ieftenirea zahărului pentru țărani; Crearea a 50 de Circumscripții medicale noui în mediul rural; O carte interesantă: «Elemente de biometrie medicală și statistică vitală» de Dr. P. Râmneanțu; Al XIII-lea Congres român de otorino-laringologie; Circumscripțiile medicale ale municipiului București 279

BIBLIOGRAFII

Les explorations fonctionnelles, par *Noël Fiessinger*, Masson et C-ie, éditers. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

La hernie postérieure du ménisque intervertébral, (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri și 2 planșe, 40 fr.

Etues expérimentales récentes sur les maladies infectieuses, par *Jean Troisier*, professeur agrégé de Pathologie expérimentale et comparé à la Facult. de Médicine de Paris, Médecin de l'hôpital Beaujon, *Masson et C-ie, éditeurs*. Un volum de 280 pagini.

Les acquisitions nouveles de l'endocrinologie, par *R. Rivoire*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 264 pagini, 45 fr.

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier*. «Les petits precis», par *A. Cantonet*, Edition Librairie Maloine.

Problema desinfecțiunii este rezolvată datorită preparatului

Zephirol

Acțiune desinfectantă intensă și curățire mecanică. Lipsă totală de efecte iritante. Miros agreabil. Pentru desinfecția mâinilor în ginecologie și obstetrică, pentru curățirea plăgilor și pentru curățirea suprafeței cutanate.

AMBALAJE ORIGINALE: Flacoane de 150 și 1000 gr.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.86; Sucursala: CLUJ, Calea Moților 18, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES

Bâle

SANDOZ S. A.

Ci-devant SANDOZ

(Suisse)

CHIMIOTERAPIA GRIPEI
ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

cu **GERMICID**
DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

EXPECTORANT
ANTISEPTIC PULMONAR
RECALCIFIANT

ERIGON
DR. WANDER
Sirop

IN TUBERCULOZA
BRONŞITA, GRIPA

OVOMALTINE

DR. WANDER
Aliment dietetic

După operaţiuni, regim în boli de Stomac şi intestine, boli infecţioase acute şi cronice (gripă, pneumonie, tuberculoză).
Cură de îngrăşare.

Valori nutritive mari în volum mic.

MOSTRE ŞI LITERATURĂ TRIMITE LA CERERE

DR. WANDER
Societate pe Acţiuni
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

*Pentru hormonoterapie cu substanțe active proprii corpului**

PROGYNON
pentru tratamentul insuficienței ovariene (și al cazurilor grave)

PROLUTON
pentru tratamentul hemoragiilor genitale și al avortului repetat

TESTOVIRON
pentru terapia insuficienței sexuale masculine

* Organizmul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolizm intermediar nu necesită noui funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 655

Literatură detailată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul științific, BUCUREȘTI, Str. Doamnei I/II

Schering

PROMINAL

Antiepilepticul cu efectele Luminal-ului fără simptomele deprimante.

Tub cu 10 și flacon cu 50 tablete de 0,2 g.

In hipertensiuni, nevroze vasculare, Basedow și tuse convulsive

PROMINALETTEN

Efect spasmolitic tipic fără cea mai mică influențare a puterii de muncă și a activității intelectuale.

Flacon cu 30 tablete de 0,03 g.

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh. E. Merck DARMSTADT

ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Brezoianu 53. Tel.: 3.92.86
Sucursala Cluj. Calea Moților 18. Tel.: 37.22

„CHIMIROMAN" BUCUREȘTI, I.
Str. Th. G. Masarik 32, Tel.: 2.72.34

Anul XVII. No. 21 — 10 Lei Exemplarul — 1 Noembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

ORIENTĂRI IN LUPTA ANTIMALARICĂ

II. CHIMIOTERAPIA MALARIEI

de Prof. Dr. MIHAI CIUCĂ

Expunere făcută de D-l Profesor Dr. **Mihai Ciucă** *Academiei române, în şedinţa solemnă în care s'a făcut recepţia sa ca membru titular al acestei Instituţii.*

Problema malariei interesând pe toţi medicii, „România Medicală" a solicitat autorului şi Academiei, publicarea acestei lucrări, pentru care le aducem mulţumirile noastre. Prima parte a apărut în „R. M." din 15 Octomarie 1939.

Imunitatea în malarie este departe de a avea un interes numai strict teoretic; utilizarea cunoştinţelor prezintă o *importanţă capitală în tratamentul şi profilaxia colectivităţilor* şi ne vor dicta eventual normele de urmat în lupta antimalarică. Exemple. Eficacitatea unei doze terapeutice a unui medicament antimalaric este cantitativ deosebită în stadiul primar al infecţiunii şi în cursul recăderilor ulterioare, când bolnavul se bucură de un grad de imunitate, în urma acestei infecţiuni. Doza utilă terapeutică şi durata tratamentului în acest din urmă caz sunt cu mult scurtate. Diferitele tulpini ale aceleiaşi specii de parazit se pot eventual comporta diferit faţă de un acelaş produs antimalaric.

Latura economică a luptei antimalarice nu poate scăpa nimănui, dat fiind extensiunea malariei în lume, mijloacele mai mult decât insuficiente a celor mai multe ţări, limita organizaţiunilor antimalarice şi până la un punct, însăşi *starea actuală* a producţiei mondiale de produse antimalarice.

Să luăm pentru moment, cu beneficiu de inventar, aprecierea aproximativă a numărului de 450.000.000 malarici de pe glob, dată de *Andrew Bolfour* şi să considerăm datele reale ale unei largi anchete, efectuate de Comisiunea de Malarie a Societăţei Naţiunilor în 1931. In 93 de ţări malarice, reprezentând 1.590.871.000 de locuitori, numărul cazurilor de malarie tratate anual nu era mai mare de 17.307.724, deşi numai India contează mai mult de 100 milioane de cazuri, cu o letalitate provocată de Malarie şi febrele nedeterminate, cari se ridică la un milion de cazuri anual. Cantitatea de chinină calculată pe cap de bolnav tratat, varia în mediu dela 0,40 cg, la 7 grame, ultima cifră întâlnindu-se numai în mod excepţional în 4 din 93 ţări.

Cu drept cuvânt autorităţile sanitare şi malariologiştii şi-au pus întrebarea dacă lupta antimalarică — care trebue să aibă drept obiectiv suprimarea mortalităţii, diminuarea morbidităţii malarice şi menţinerea capacităţii de lucru — trebue să tindă la vindecarea radicală a cazurilor (dealtminteri foarte greu de realizat în tratamentul colectiv al masselor), sau să se limiteze la tratamentul de scurtă durată a boalei clinice şi a lăsa organismului să-şi creeze, sub protecţia acestei metode de tratament, starea de imunitate, care-i va permite să reziste în mai bune condiţiuni reinfecţiuniior ulterioare, inerente stării de endemicitate locală.

Malariaterapia a dat răspunsul bazat pe fapte experimentale şi intervenţia tratamentului în diferitele stadii bine cunoscute ale infecţiunii, provocate în scop terapeutic. Un tratament antimalaric intensiv în stadiul primar al infecţiunii, lasă organismului, intacte, caracterele de receptivitate în eventualitatea unei reinfecţiuni. Un atac primar supus unui tratament de suficientă intensitate, pentru a face să înceteze manifestaţiunile clinice, permite organismului să capete un grad de imunitate, care-i va da un grad de rezistenţă în cursul recăderilor şi reinfecţiunilor ulterioare, susceptibile de o vindecare repede şi cu un cost mai redus.

Inainte de a lua în considerare aplicarea acestui principiu în tratamentul colectiv, să ne fie permis a arăta cari sunt *posibilităţile actuale în materie de tratament şi profilaxie prin tratament.*

Progresele chimioterapiei malariei în ultimii 15 ani depăşesc posibilităţile de aplicare şi eforturile ţărilor antimalarice cu endemicitate mare şi mijloace reduse. Terapeutica şi profilaxia malarică, limitate înainte de război la alcaloizii extraşi din coaja arborelui Cinchona şi împrejmuite de întreaga politică a producţiei acestor alcaloizi, se găsesc astăzi uşurate (nu putem încă spune liberate) de descoperirile ştiinţifice a produselor sintetice, antimalarice, datorite savanţilor germani *Schulemann, Schoenhoeffer* şi *Wingler*, pe deoparte, lui *Mietsch* şi *Mauss*, pe dealtă parte. Produşi sintetici similari Atebrinei şi Plasmochinei sunt astăzi preparaţi şi de chimiştii altor ţări. Introducerea în terapeutica malariei (şi pe o scară mai redusă în tratamentul colectivităţilor) a acestor produse este urmarea unor vaste şi laborioase cercetări, la cari au contribuit larg şi staţiunile noastre de studii, în cadrul unei strânse colaborări între laborator, clinică şi cercetări făcute pe teren.

O adevărată cooperare internaţională, realizată sub auspiciile Comisiunii de Malarie a Societăţii Naţiunilor, ne dă astăzi *o orientare justă a utilizării mijloacelor terapeutice în tratament şi profilaxie.*

Tehnica experimentării produselor antimalarice trece, înainte de a le da întrebuinţării zilnice, printr'o serie de operaţiuni indispensabile adoptării unui nou medicament şi cari au fost descrise în al 3-lea raport[1]) asupra terapeuticii paludismului (Comisiunea de Malarie a Societăţii Naţiunlior).

a) «Intr'un prim stadiu utilizăm cunoştinţele căpătate în malaria păsărilor şi maimuţelor, pentru a determina raportul între doza eficace şi limita toxică a substanţei cercetate. *Roehle* a fost iniţiatorul acestei metode, folosind cercetările anterioare a fraţilor *Sergent, Copanaris, Giemsa, Marks,* etc.

Cercetările şcoalei engleze de malariologie asupra malariei maimuţelor, datorite lui *Christophers, Sinton* şi *Mulligan, Chopra* şi colaboratori, au pus în serviciul tehnicei Chimioterapiei malariei o nouă metodă pentru experimentarea nouilor produse şi compararea eficacităţii lor cu aceea a Chininei.

Col. James a definit în mod precis linia folosirii acestor metode: «la alegerea, printre numeroasele preparaţiuni medicamentoase, a substanţei care se arată cea mai eficace în Malaria păsărilor şi maimuţelor», arătând în acelaş timp că un medicament eficace în Malaria păsărilor nu este todeauna şi în Malaria omului;

b) Această lacună este compensată de materialul vast al malariaterapiei; după obţinerea scopului psychiatric, trebue să se procedeze la tratamentul infecţiunii malarice. Or acest tratament are loc în *condiţiuni bine cunoscute de specie şi rasă de parazit, de evoluţie şi stadiu a infecţiunii;*

c) Rezultatele, consemnate de un serviciu de malariaterapie, sunt verificate în urmă în *Clinici* dotate cu mijloace de observaţie precisă a infecţiunii na-

1) Bullet. trim. de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations VII 1933.

turale spontane, provocate de speciile şi tulpinele locale de paraziţi;

d) In fine într'un ultim stadiu, rezultatele căpătate în laborator şi clinică, sunt utilizate pentru *verificarea comparată a medicamentului* pe teren, unde fiecare bolnav prezintă un aspect deosebit al infecţiunii şi a gradului de imunitate în raport cu condiţiunile locale de endemicitate.

Argumentul statistic scos din tratamentul unui însemnat număr de cazuri va încheia operaţiunea de experimentare şi va decide eventual şi asupra avantajului economic al utilizării noului produs».

Ultimele cercetări de control efectuate în 1936, sub auspiciile Comisiunii de Malarie a Societăţii Naţiunilor, pe 12.884 de cazuri în condiţiuni diferite de endemicitate a mai multor ţări, între cari şi România, fixează orientarea noastră asupra mijloacelor de cari poate dispune o autoritate sanitară în terapeutica şi profilaxia medicamentoasă a Malariei[2]).

Dispunem astăzi de substanţe schizontocide: *sărurile de chinină, amestecurile de alcaloizi standardizate după etalonul «Totaquina», Atebrina,* cari se adresează boalei clinice şi cari nu au decât o acţiune indirectă asupra formelor sexuate a parazitului.

Această lacună este completată de *acţiunea gametocidă a plasmochinului,* care are o acţiune specifică, distrugând în organismul omului formele sexuate ale parazitului care infectează ţânţarul, îndeplinind prin aceasta *un important mijloc de profilaxie a colectivităţilor tratate.*

Asociarea — la interval — a unui tratament schizontocid de 5 — 7 zile, urmat de un tratament gametocid de 3 —5 zile constitue cea mai logică orientare în tratamentul colectivităţilor.

Obiectivul urmărit în conducerea tratamentului colectivităţilor va fi obţinerea celui mai mare număr de vindecări clinice şi reducerea cât mai întinsă a numărului rezervoarelor de infecţiune pentru anofel.

Alegerea metodei de bază şi *indicaţiunile tratamentului colectivităţilor* trebue să aparţină centrelor de studii în raport cu intensitatea endemicităţii locale şi rezultatele cercetărilor făcute asupra virulenţei tulpinelor locale de paraziţi, a sensibilităţii lor faţă de produsele antimalarice şi gradele de imunitate a diferitelor grupe de populaţie.

* * *

Profilaxia medicamentoasă urmăreşte în mod paralel protecţiunea — într'o zonă malarică — cu ajutorul medicamentelor antimalarice a unei colectivităţi omeneşti, menţinerea capacităţii sale de lucru şi micşorarea numărului izvoarelor de infecţiune pentru anofel.

2) Bullet. trim. de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations VI No. 6, 1937.

In orientarea metodelor vom ţinea seama de rezultatele cercetărilor locale.

Cercetările lui *James, Huff* şi *Bloom, James* şi *Tate, Raffaele,* etc., în Malaria păsărilor, au pus în evidenţă, în faza iniţială a infecţiunii care urmează inoculării sporozoiţilor, existenţa formelor nepigmentate intracelulare a parazitului malaric în celulele ţesutului reticulo-endotelial.

Această descoperire ne poate explica până la un punct *rezultatele negative până acum a profilaxiei cauzale,* formele intracelulare opunând o rezistenţă deosebită acţiunii diferitelor medicamente experimentate până astăzi. In adevăr, observaţiunile făcute la Staţiunea de Malariaterapie Socola, au demonstrat *limita eficacităţii protectoare a Chininei şi Atebrinei în raport cu stadiul infecţiunii parazitare, concentraţia medicamentului în organism şi durata administrării medicamentului.* In condiţiuni echivalente de aplicare, Atebrina se arată superioră Chininei; acţiunea amândorura nu începe de cât odată cu apariţia formelor schizogenice.

Dacă profilaxia cauzală aşteaptă încă noi progrese ale Chimioterapiei, *Metoda profilaxiei clinice, micşorează indicele endemic* (fără a *suprima infecţiunea parazitară latentă) atâta timp cât acea colectivitate este menţinută sub protecţia medicamentului.*

Greutăţile şi costul aplicării acestui mijloc de prevenire limitează însă întrebuinţarea metodei la indivizii izolaţi sau grupuri selecţionate (lucrători, soldaţi, noi colonizări, etc.) *şi nu poate constitui o metodă generală* de prevenire chiar pentru o ţară malarică producătoare de medicamente antipaludice.

Succesul unei metode de profilaxie va depinde de acţiunea noastră în populaţia copiilor, care reprezintă cel mai însemnat număr de gametofori.

* * *

Incercările negative de eradicare a malariei cu ajutorul exclusiv al substanţelor medicamentoase, întreprinse la Oprişeni, sub conducerea pe teren a Prof. *Bălteanu* şi D-rului *Alexa* la Gurbăneşti, sub conducerea Prof. *Mezincescu* şi D-rului *Cornelson, au găsit* în literatura malariologiei cea mai largă interpretare asupra *limitelor acestei metode.*

Experienţa ţărilor malarice arată că în stadiul actual al cunoştinţelor noastre, nu există metodă curativă sau profilactică, cari — singure — să poată realiza *eradicarea malariei* fără concursul metodelor antianofeliene şi fără ameliorarea condiţiunilor economice şi sociale.

III. METODE ANTIANOFELIENE.

Ne rămâne să rezumăm cât putem aştepta dela metoda antianofeliană de luptă antimalarică, asociată tratamentului şi cum trebue orientată acţiunea noastră.

Când *Ronald Ross în* India, *Grassi* în Italia, au descoperit rolul ţânţarului cu «aripi pătate»—anopheles—în transmisiunea malariei, s'a crezut că problemul luptei antimalarice este ca şi rezolvit. După 40 de ani constatăm că sarcina autorităţilor sanitare a ţărilor malarice este foarte departe de a fi terminată. Imensitatea anofelismului, varietatea speciilor şi raselor pe de o parte, condiţiunile economice şi sociale a populaţiilor pe de altă parte, fac din *lupta antianofeliană un mijloc de apărare strict local bazat pe investigaţii şi cercetări prealabile.* Numărul speciilor şi varietăţilor cunoscute a gen. Anopheles, dintre cari 180 pot deveni potenţial vectoare a infecţiunii, distribuţia lor geografică, caracterele şi obiceiurile specifice fiecărei specii şi varietăţilor ei, rolul lor în transmisiunea malariei, arată că *nu putem lupta contra insectei vectoare fără a-i cunoaşte caracterele morfologice, biologia, condiţiunile de multiplicare şi cauzele favorizante, ca şi cele mai potrivite mijloace de opus agresiunii.* Câteva exemple vor sprijini această afirmaţie. In Java, malaria pe litoral este transmisă de specia *A. ludlowii,* specie de apă sălcie aceeaşi specie de Anopheles în interiorul Sumatrei îşi depune ouăle în cursurile de apă dulce şi nu constitue o specie vectoare a infecţiunii. In Olanda, distribuţia geografică a Malariei se suprapune cu aceea a *A. maculipennis var. atroparvus,* varietate cu fiziologie şi oecologie particulară imprimând un caracter local specific endemicităţii acestor regiuni: infecţiuni contractate iarna în interiorul locuinţelor, unde A. atroparvus îşi caută adăpost *(Swellengrebel, De Buck, Hacket,* etc.).

Condiţiuni deosebite de anofelism şi endemicitate în Italia, *(Missiroli, Hacket)* fac ca aceeaşi varietate (să fie inofensivă; alte 2 varietăţi ale aceleiaşi specii A. maculipenis: var. *labranchiae* şi v. *elutus* constituesc adevăraţi vectori ai infecţiunii. Cum putem deosebi aceste rase, o datorim observaţiunilor lui *Falleroni,* folosite şi duse mai departe în ultimii ani de o serie întreagă de cercetători, printre cari citâm pe: *Swellengrebel, Hacket, Missiroli, Martini, Zotta, van Thiel,* etc. Sunt cunoscute şase varietăţi a A. maculipennis, cari se deosebesc după caracterele anatomice ale oului şi cari sunt inegal distribuite în Europa. Fiecare varietate are o oecologie proprie, obiceiuri deosebite şi un potenţial variabil în transmisiunea malarică.

Nu poate scăpa nimănui importanţa cunoşterii acestor caractere şi folosirea lor în lupta antianofeliană, care trebue îndreptată într'o regiune dată

Veritol

Noul **remediu al circulaţiei şi al colapsului**

Acţionează repede şi durabil,
mai puţin brusc, dar cu o durată
mai lungă decât adrenalina.

Hipotensiune · Colaps

în stările generale de epuizare,

în cursul lăuziei, convalescenţei;
în intoxicaţii, maladii infecţioase;
înaintea, în cursul şi după operaţii.

Lichid: Flacoane de 10 gr. *Fiole: Cutii de 5 bucăţi.*

Knoll A.-G. Fabrici chimice, Ludwigshafen/Rin

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid x-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : *10 la 20 cc. pro die*

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

contra speciilor şi varietăţilor vectoare a infecţiunii «Species sanitation». Nu insistăm aici asupra substanţelor larvicide şi a metodelor de întrebuinţare, cari se pot găsi în tratate şi instrucţiuni. Ţinem însă a aminti că în alegerea lor se va da preferinţă — după condiţiunile locale — produselor larvicide locale, cari se pot obţine cu un cost redus.

Prof. *Zotta*, căruia lupta antimalarică în România îi datoreşte o muncă continuă de 16 ani, a stabilit împreună cu distinşii săi colaboratori, *distribuirea geografică* a varietăţilor de A. maculipennis în România în raport cu problemele locale de Malarie.

Cercetări în curs de executare asupra longevităţii varietăţilor de A. maculipennis, în raport cu potenţialul lor de infectivitate, au loc de mai mulţi ani graţie colaborării între staţiunea Horton şi Tomeşti. Rezultatele obţinute până acum de *Shute* şi *Ungureanu* fac să se întrevadă noi aplicaţiuni practice pentru lupta antimalarică din această regiune.

Dacă, după cum o spune *Sir Malcolm Watson*, malariologiştii nu trebue să sufere de hidrophobie, ei sunt prea convinşi de importanţa varietăţii întinderii suprafeţelor cuiburilor larvare într'o ţară malarică, pentru a nu se ridica contra pericolului pe care-l prezintă *apele anofeligene create de mâna omului*, de cele mai multe ori în vecinătatea imediată a satelor, mărind în mod inconştient endemicitatea locală. De aceea *lucrările de asanare* (mai ales în perioada executării lor), indiguirile, etc., trebue să fie efectuate sub supravegherea şi controlul malariologiştilor, ca şi toate *lucrările hidrologice* şi cu deosebire cele legate de *culturile umede* (orezăriile) cari iau o întindere crescândă în ţara noastră. Greşelile neprevederii trecutului au determinat Statele de sud ale Americei de Nord să instituiască legi foarte severe în darea pentru asemenea lucrări a autorizărilor, legate de condiţiunea netăgăduită *de a nu mări în cea mai mică măsură anofelismul şi endemicitatea malarică locală*. Societăţile cari execută lucrările sunt ţinute, sub ameninţarea penalităţilor, să organizeze un serviciu antimalaric complet, sub supravegherea autorităţilor locale competente.

Experienţa de ani îndelungaţi în materie de luptă antimalarică rurală a ţărilor tropicale sărace a fost recent sintetizată de *Hacket, P. Russel. Scharf, Senior White*[1]), în ultimul raport publicat de Comisiunea de Malarie a Societăţii Naţiunilor asupra metodelor aşa zise «simili naturale», cari constau «în intensificarea proceselor naturale, cu scopul de a limita multiplicarea speciilor vectoare a infecţiunii şi a restrânge contactul lor cu omul. Aceste metode se bazează implicit pe o adâncă cunoaştere a bionomiei speciilor şi varietăţilor locale. Aplicarea lor este în funcţiune de mijloace locale puţin costisitoare, beneficiind larg de concursul populaţiei locale.

Varietatea mijloacelor cuprinde:

— măsuri de ordin chimic, cum ar fi salinizarea unor anumite ape anofeligene etc.;

— măsuri de ordin fizic: colmatajul inundarea periodică şi uscarea intermitentă a orezăriilor, căderile artificiale de apă, etc.;

— măsuri de ordin biologic: cultura de specii larvivore şi modificarea voită a faunei şi florei acuatice, cu introducerea de specii inimice ţânţarilor, etc., etc.

Contra insectei adulte, din măsurile preconizate până acum, singura mai eficace, dacă este bine aplicată, este protecţiunea mecanică.

Succesul aplicării metodelor «simili naturale» accesibile unei colectivităţi malarice cu mijloace reduse va depinde, într'o ţară agricolă şi unde piscicultura constitue o avuţie naţională, de colaborarea în echipă cu malariologistul a inginerului, agronomului şi piscicultorului. *Valoarea metodei este strict locală unei regiuni prealabil studiate şi nu se poate aplica alteia, chiar dacă este vorba de aceeaşi specie.*

* * *

Această expunere a avut drept ţintă să arate:

drept ţintă să arate:

— Lupta antimalarică nu mai poate fi empirică.

— Alegerea şi orientarea metodelor de combatere trebue să se sprijine *pe studii şi cercetări* continui ale infecţiunii şi factorilor epidemiologici locali, efectuate în staţiuni de observaţie bine echipate şi cari să lucreze în colaborare strânsă cu staţiunile de malariaterapie şi clinici. Organizarea lor trebue să fie prevăzută pentru un lung şir de ani. A promite succese după 2 — 3 ani de eforturi antimalarice este a nesocoti experienţa trecutului şi rezultatele cercetărilor. Voi aminti că după 150 de ani de luptă antimalarică continuu ameliorată, Italia numără încă în 1936, 1000 morţi datorite acestei boale.

Voiu încheia cu recomandările Comisiei de malarie a Societăţii Naţiunilor: «Dacă prima datorie a autorităţilor sanitare este a asigura tratamentul bolnavilor de malarie; pe măsura studiilor efectuate şi a mijloacelor disponibile, se vor asocia tratamentului metode, bazate pe rezultatele cercetărilor asupra factorilor epidemiologici locali»[1]).

Dela ameliorarea condiţiunilor economice şi sociale vom aştepta ultimul cuvânt şi în materie de acţiune antimalarică.

1) Bullet. trim. organisation d'hygiene VII: 1017, 1938.

1) C. H. Malaria 73.

Surditatea hormonală

de **Prof. Dr. PREDESCU-RION**

Ţinând seama de faptul că numeroasele feluri de tratamente (cu şi fără teorie) ce se aplică în surditatea cronică, sunt în majoritatea cazurilor fără folos mergând în ritmul vremei, otologii s'au gândit să aplice noile cunoştiinţe asupra glandelor endocrine.

Cercetările sunt reduse, însă pline de interes. E de mirare că în comparaţie cu alte teorii, cea endocrină să fi provocat aşa de puţini cercetători, la un studiu mai mare al chestiunei.

Rezultatele bune, une-ori minunate, la cari am ajuns, este o dovadă că faptul în sine merită toată osteneala.

Inainte de orice interpretare, să vedem concluzia logică, ce se poate trage din observaţiile de mai jos.

D-na M., 37 de ani (7-V-1932). De la 27 de ani oligomenoree, slăbire progresivă a auz. Se plânge de guturaiuri repetate şi zgomote în urechi. *(acufeni)*.

Examenul auditiv: Vocea şoptită e auzită la urechea dr. la 70 cm., la stânga la 85 cm. organele genitale normale. (Prof. Daniel).

Tratamentul: Hormogland Richter T. O. H. (Extr. tir. 2 ctgr., ovar uscat 10 ctgr., extr. nipof. 2 ctgr. — p. un comprim.). 4 comprimate pe zi, 10 zile pe lună.

La 10-III-1933 = Menstruaţia normală, Ameliorare însemnată a auzului. (Vocea şoptită auzită la 2,50 metri).

La 21-XI-1933 = Audiţiune aproape normală. Intre timp a urmat şi 2 serii de câte 25 pulverizaţiuni cu apa de Slănic N-rul 1 bis.

2) *D-ra Pr.* 43 de ani, şi-a dat seama de la 37 de ani, că auzul ei scade mereu. Are menstruaţia neregulată încă dela apariţia ei. Prezintă semne de hepatism. Artritism familial. Unei surori mai în vârstă ca ea, i a scăzut simţitor auzul în timpul menopauzei.

La 8-X-1935, aude vocea şoptită ur. dr. la 70 cm., ur. stângă la 85 cm. Examenul auditiv arată: (Timpano-labirintoscleroză) — Se plânge de zgomote în urechi.

Trat. Regim dezintoxicant; 4 comprimate Hormog. Richter T.O.H. pe zi, 12 zile pe lună,

12-VI-1936. Ameliorare simţitoare a auz. — Vocea şoptită o aude la 2,50 – 3 m.

8-VII-1938. Ameliorarea se menţine.

3) *D-na N. St.* 32 de ani. De la vârsta de 26 de ani auzul a scăzut progresiv.

La 7-II-1937 a avut un avort spontan, după care surditatea s,a înrăutăţit f. mult. R. Wasserman +++ (23-III-937). Mama ei a surzit pe la 55 de ani, un frate la vârsta de 20 de ani. Are o soră de 20 de ani, care suferă de litiază biliară. Titrarea hormonilor (Crăiniceanu):

H. folicul 30 normal 60—120).

H. hipof. 40 (normal 5 – 10).

Vocea şoptită. Zero la ambele urechi. Vocea tare auzită la 50 cm. — Acufenii. Surditate *tip labirintic*.

Trat.: Antisifilitic intens. Extr. de Paratiroidă Richter, subcutan un cmc. la 2 zile 30 cmc. Glandubolin Richter 10.000 U. I. 5

pe lună. La sfârşitul lui August 1937 a născut o fetiţă.

Sensibilă înbunătăţire a auzului. In Sept. 1938, acuzând din nou slăbirea auzului, reia tratamentul,

4) *T. At.* 38 de ani, se plânge că auzul scade progresiv de câţiva ani,

Antecedente artritice serioase.

La 18-II-1937, aude vocea tare, ambele urechi la 2 m., vocea şoptită ambele urechi la 60—65 cm. *Acufenii.*

Tratament: regim dezintoxicant; Inject. subcutanate la 2 zile de Extr Paratiroid Richter. Inbunătăţirea auzului (vocea şoptită auzită la 2 m.).

5) *A. G,* 27 de ani. După o naştere — la 24 ani — a avut mari turburări organice, ce au atins şi auzul care a scăzut simţitor, progresiv. Ceea-ce o supăra mai mult erau zgomotele (acufenii), cari ajunseseră de nesuferit, neurastenizând-o.

Prezintă o rinofaringită cronică, fenomene de hepatism accentuat. Mama şi sora au semne dezvoltate de artritism.

La 20-III-937 vocea tare la ur. dr. 3,25 m., la stânga 1 m. Vocea şoptită la ur. dr. 1 m. la urechea stângă 40 cm.

Tratament. Pulverizaţiuni în nas cu o soluţiune de Protargol 2%, injecţiuni subcutan. la 2 zile de Extr. de Paratiroidă Richter, 35 de cmc.

15-VI-1937. Dispariţia aproape complectă a acufeniilor. Inbunătăţire sensibilă a auzului la ur. dreaptă, puţin la stânga.

8-XI-937. Reapariţiunea în bună parte a zgomotelor. Regim de dezintoxicaţie. 2 comprimate de Bellergal pe zi.

5-XII-937. Dispariţia zgomotelor. Audeţiunea Ia ur. dreaptă bună, la stânga staţionară (otită adezivă).

6) *A. E.* 35 ani. Surditate progresivă începând de la 23 de ani.

5-XI-938. Vocea şopt. ur. dreaptă şi stânga 30—40 cm. Diapazon D.O.[6] (2048 v. d.) auzit la 2—3 cm. Timpano scleroză dublă accentuată.

Titrajul hormon. (Crăiniceanu). Hormon folic 10. Horm. hipof 5.

Trat. Glandubolin Richter 4=10.000 U. I. pe lună. Extr. Paratir-Richter 30 cmc.

6-XI-939 = Vocea şopt.: la 1,50 m.; Dr. 6 la 25 cm.

7) *M. Xav.* 33 de ani Surdit. progresivă de la 29 de ani (Tip. labirintic).

6-V-939. Vocea şopt. ur. dreaptă şi stângă la 40—50 cm. Diapazon D.O.[6] (2048 v. d.) la 8 cm.

Titrarea hormon. (Milcu): H. folic. sub 20 M. E. H. hipof. normal.

Trat. Extr. Paratir-Richter 30 cmc., Glandubolin 3×10.000 pe lună.

25-VI-939. Vocea şoptită la 2 jum. — 3 m.

10-IX-939. Vocea şoptită la 4 jum. m.

8) *Z. D.* 21 ani. Surditate progresivă începând la 12 ani. Rinită atrofică. Menstruaţie neregulată, abundentă. Aude vocea tare la 40 cm. iar pe cea şoptită lângă ureche. (6-VII-939).

Trat. Extr. Paratiroidă Richter 30 cm. Pulverizaţiuni intra nazale cu Proscorbin Richter sol 10‰.

13-IX-939. Aude vocea şoptită la 80 cm. Vocea tare la 1,25 — 1,40 m. Inbunătăţirea stării nazale.

9) *A. Gh.* 64 de ani. De circa 4 ani auzul i-a scăzut mereu, iar de 3 luni zgomotele (acufenii) au ajuns cu totul de nesuferit, neurastenizând-o. 16-XII-938, aude vocea şoptită la 30 cm. Diagn. Timpano-labirinto-scleroză.

Trat. Regim dezintoxicant. Extr. de Paratir. Richter 30 cmc.

Chiar în timpul tratamentului acufenii au scăzut mult în intensitate. Auzul s'a ameliorat (aude vocea şoptită la 60—70 cm.

10) *E. P.* 47 de ani. Auzul i-a scăzut încet dar progresiv de la 40 ani Zgomotele subiective (Acufenii) o supără mult şi mai cu seamă când este obosită.

20-I-939. Aude diapazon D.O.[6] (2048 v. d.) la 15 cm., vocea şoptită la 2 m. Titrarea hormonilor (Crăiniceanu) Hormon folic 15.

Hormon hipofizar normal.

Trat. Extr. de paratiroidă Richter 30 cmc. — la 2 zile; — Folicalcium ovar Richter 4 compr. pe zi, 12 zile pe luuă.

1-VI-939. Auzul ameliorat (aude vocea şoptită la 3 m.), acufenii o supără mult mai puţin, numai în preajma menstruaţiei.

Concluzia ce se poate trage, din rezultatul obţinut la bolnavii cari fac obiectul observaţiilor citate, este că surditatea a găsit în extractele normale, un ajutor demn de a fi luat serios în seamă.

Rezultatul obţinut la unii bolnavi nu este definitiv, cu alte cuvinte surditatea se agravează din nou în oarecare proporţie, acufenii reapar şi ei.

Este o dovadă fie de insuficienţa medicaţiunei, fie că un factor, necunoscut la început, ni se arată în cauzalitatea afecţiunei.

Cazul obs. 5 este foarte instructiv. Din cele de mai sus, reiese că glanda hepatică pare să joace un rol destul de însemnat, în complexul care dă naştere surdităţei.

Un fapt pare sigur, că această afecţiune este produsul unui dezechilibru pluriglandular, una din ele fiind mai preponderentă.

Escoat e de părere că este vorba de o dizovrie — motiv pentru care el administează extr. de lob anterior al hipofizei — crede însă că ar putea fi învinovăţită şi paratiroida.

W. Williams pune în cauză paratiroida, atribuind surditatea turburări metabolismului calciului. Administrând extr. de Paratiroidă (2—8 ctgr. în 24 ore a obţinut 3 vindecări, 8 ameliorări însemnate şi 2 insuccese la 15 bolnavi.

L. Miroisk acuză insuficienţa paratiroidei sau hiperactivitatea ovarelor. El a găsit calciul sanguin scăzut.

Gotlieb acuză disfuncţiunea pancreasului. Cercetând zahărul în urină şi în sânge, precum şi amylopsina, tripsina şi steapsina în sucul duodenal a putut dovedi turburări în funcţiunile pancreasului la marea majoritate a bolnavilor prezentând surditate cronică progresivă, fie cu otoscleroză (9) fie de tip nervos (12).

La 5 din ei a găsit glicemia crescută deşi nu erau bolnavi de diabet de cât 2 dintre ei.

4 din cei 12 au fost sensibil ameliorati prin tratamentul cu extr. paratiroidian.

4 din cei cu glicemie au fost de asemenea ameliorati prin tratamentul diabetului.

Malherbe e de părere că Paratiroida este cauza principală a surdităţei prin otospongioză, otoscleroză, otofibroză.

Dovada o face bunele rezultate, ce a obţinut administrând Extr. de Paratiroidă sau Hormon Paratiroidian.

Sommerfeld la 50 femei surde prin otospongioză a găsit la 31% că afecţiunea lor, avea o strânsă legătură cu organele genitale. La 25% surditatea a început imediat după sarcină.

Collet spune la capitolul otospongiozei, «gândindu-ne la glandele endocrine şi la influenţa lor asupra nutriţiunei, era logic să se invinuiască paratiroidele, cari joacă un rol în metabolismul calciului, hipofiza şi corpul pituitar, care joacă un rol în creştere şi se hipertrofiază în timpul sarcinei; de asemenea ovarele, corpul tiroid etc. *Rebastu* şi *Mounier Kuhn*, au găsit o sporire a metabolismului bazal, de unde indicaţiunea unui tratament hipofizar. Din aceste ipoteze cea hipofizară merită să fie luată cel mai mult în seamă».

F. X. Koch susţine că surditatea la bătrâni este în bună parte în funcţiune de scăderea activităţei glandelor sexuale. Cercetările făcute asupra 19 bolnavi a căror surditate nu avea o cauză explicabilă, i-au dovedit prin tratamentul normal (cu hormoni genitali) origina reală a afecţiunei.

Din cei 19 bolnavi 7 aveau numai zgomote subiective (acufeni), iar ceilalţi 12 erau şi surzi. 6 din cei 7 s'au vindecat complect, al 7-lea s'a ameliorat, cei 12 au avut dispariţia zgomotelor şi o sensibilă îmbunătăţire a auzului.

Folosul câştigat a ţinut la unii mai mult de un an. La cei la cari zgomotele şi surditatea revenea, 2—3 injecţiuni restabilea situaţiunea.

Alonso şi *Charino* acuză activitatea exagerată a paratiroidei, în producerea otosclerozei şi otospongiozei. In consecinţă ei au făcut sau legătura tiroidianei inferioare, sau paratiroidectomia, la 19 bolnavi, obţinând ameliorare. La toţi calcemia în exces înainte de operaţie, scade după. Ei sunt de părere să se opereze numai tinerii surzi.

Dana W şi Druny M. D. sunt de părere că otoscleroza ce loveşte pe un individ predispus, este datorită la o serie de factori foarte opuşi. Predispoziţia datorită unei stări fie consti-

La primele simptome ale gripei și în răceli

Novalgin-Chinin

Cupează boala. Inlătură durerile. Scoboară temperatura

Ambalaje originale: Tub cu 10 și flacon cu 20 drageuri.

Omnadin

Determină o mobilizare rapidă și stimulare îndelungată a tuturor forțelor de apărare ale organismului.

Ambalaje originale: Cutii cu 1, 3, 12, 50 și 100 fiole à 2 cmc.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. București I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moților 18, Tel. 37-22.

Anemoton

„GAMMA"

ELIXIR

ANEMIE

LIMFATISM

SURMENAJ

Ulmara

„GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDĂ

ANTIREUMATIC

ANALGETIC

REVULSIV

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

tuţională, fie ereditară, are la bază turburări endocrine cari provoacă modificări în metabolism.

Tratamentul prin extracte normale ar putea să dea bune rezultate, în multe cazuri.

Medicii cari profesează în staţiunile balneare cu izvoare bicarbonate-sodice, cu sau fără clor, şi-au dat seama de influenţa favorabilă a curei asupra surdităţei, la unii bolnavi, mai ales la acei prezintând o afecţiune hepatică. Acest fapt l'am constatat şi eu la Slănic (Moldova) între anii 1927—1932 şi Olăneşti în vara anului 1939.

Credinţa, mea este că nu numai dezintoxicarea organismului prin cură regim şi odihnă au dat rezultatul satisfăcător amintit, ci şi restabilirea unei sau unora dacă nu chiar a tuturor funcţiunilor atât de complexe ale ficatului.

Se ştie foarte bine că *artritismul*, — *complexul* clinic datorit disfuncţiunei hepatice în cea mai mare parte — stă la baza surdităţei multora. Nu încape îndoială că dietetica şi tratamentul influenţează sistemul endocrino-vegetativ, care la rândul lui de aproape sau de mai departe, va acţiona asupra urechei, ficatului revenindu-i poate cel mai important rol.

La cardio-vasculari, surditatea întâlnită atât de des, nu poate fi datorită numai spasmului, anemiei sau intoxicaţiunei, ci foarte probabil şi unor turburări endocrino-vegetative, (obs. 9) având aceiaş origină.

După noile cercetări reiese tot mai mult, că acţiunea glandelor endocrine este dependentă de aceea a vitaminelor, mai bine zis, că există o interdependenţă endocrino-vitaminică.

Ştim că Paratiroida regulează metabolismul calciului. Ştim de asemenea că Vitamina D prezidă la fixarea calciului. Deci una complectează pe cealaltă.

Cercetările au dovedit că avitaminoza *D*, provoacă dezechilibrul calciu-fosfor. Faptul acesta va influenţa absorbţiunea materiilor alimentare şi ca urmare o scădere a rezorbţiei fosforului, fosfatemie, proliferarea ţesutului cartilaginos al oaselor proliferare ce se aseamănă cu osteoblaştii. Noi ştim că otospongioza, începe prin insulele cartilaginoase ce se găsesc în jurul ferestrei ovale şi în stâncă, printr'o năvălire de celule rotunde şi ovale (fapt ce se întâlneşte o clipă şi în otita fibroasă. L. Brull a constatat experimental că Vitamina D dată unui animal care primeşte fosfor în alimentaţia lui, face să scadă eliminarea acestuia de la 39% la 7%. El a mai arătat, că hipofizectomia este numai de cât urmată de încetarea eliminărei fosfor. prin urină. Trebue să fie dar, o legătură între hipofiză şi Vitamina D, probabil prin mijlocirea paratiroidei.

Ca să se facă în chip normal calcificarea organismului, trebue să existe un echilibru perfect între Vitaminele A şi D. Ruperea acestui echilibru va provoca turburări la fel cu acelea ale lipsei vit. D. Dacă în acest caz se dă aceasta vitam., turburările sporesc în loc să scadă.

In ultimul timp s'au găsit în foarte numeroase cazuri, că folosirea de către organism a carotenului (Provitamina A) este turburată sau rău făcută, din cauza insuficienţei hepatice.

Se mai ştie, că la unele animale ficatul este un colector al vitaminei C, pe câtă vreme la altele (şobolani, iepuri etc.) el este chiar un producător de vit. *C*. (vitamină care intervenind activ în fenomenele de oxido-reducţiune, devine în adevăr regulator al oxidaţiunilor — St. Grjörgy).

Lipsa vit. C determină — între altele, — serioase leziuni în glanda suprarenală (a cărei secreţiune este reductoare), în hipofiză, în testicul şi în ovar.

Pentru acest din urmă motiv Randoin şi Simonnet (1928) au propus ca vitaminele sintetizate de animal (şobolan, pisică, iepurele adult) sau de păsări (porumbelul) să fie numite *endohormoni*, iar cele introduse cu alimentele *exohormoni*.

Tobeck a făcut următoarea experienţă a injectat (subcutan) 4—90 cc. de sol. uleioasă de Vigantol (Vit. D.). în 3—148 zile la 40 de iepuri de vârste diferite. Rezaltatul a fost alteraţiuni osteodistrofice generalizate, cuprinzând şi labirintul osos. In afară de distincţiunea osoasă formând leziunea predominantă, se observă şi neoformaţiuni. Leziunile observate de el nu erau cele întâlnite în otosclerozâ, dar desigur că labirintul membranos nu se putea să nu fie turburat.

Iată dar alături de endocrine fapte noi, cari par a interveni într'o oare care măsură, în această chestiune a surdităţei, un adevărat punct negru al otologiei.

Desigur că cele 10 cazuri arătate aci, cum şi cele 14 ce mai am, nu sunt în măsură, ori cât ar fi de favorabile rezultate să ne facă să credem, că tratamentul cu extracte hormonale a rezolvat chestiunea tratamentului surdităţii.

Am ţinut să arăt medicilor români, cari nu sunt în curent cu aceste chestiuni, că pot conta — aş îndrăzni să spun, chiar serios — pe acest nou mijloc de tratament. Când se ştie, că până azi surzii luau la rând cabinetele otologilor, în majoritatea cazurilor fără folos, ajungând apoi pe mâna şarlatanilor, cari anunţă prin gazete, minuni cred că sunt în drept să spun că este bine, să se acorde un credit cât mai mare, tratamentului hormonal până la găsirea altuia mai bun.

FLEGMONUL PERINEFRETIC *)

de Dr. B. DRĂCEANU

Faptul că în cursul toamnei trecute un număr de şapte cazuri de flegmon perinefretic au fost internate în Div. II-a a spitalului Brâncovenesc, după ce unele din ele şi-au făcut stagiul în unul sau mai multe servicii de medicină internă, ne determină să ne oprim un moment asupra acestei afecţiuni.

Flegmonul perinefretic este o chestiune destul de desbătută.

Diagnosticul i s'a pus în toate timpurile. Mijloacele pentru fixarea lui s'au înmulţit, fără a putea însă înlătura dificultăţile unui diagnostic precoce.

Această afecţiune poate avea în diferitele ei stadii simptome aşa de variate, încât îmbracă fidel caracterul a foarte multe afecţiuni.

Colaborarea dintre elementele clinice şi cercetările de laborator ne îndreptăţesc a crede că în vremea noastră un diagnostic de flegmon perinefretic să devie mai uşor, însă cu două condiţiuni: întâi, aceea de a ne fi gândit şi la un flegmon perinefretic, în faţa unui caz dat, şi al doilea, de a fi pus toată pasiunea şi răbdarea pentru lămurirea lui.

Flegmonul perinefretic nu apare ca o afecţiune chiar atât de des întâlnită în clinică.

Frangenheim a avut în 5 ani, 21 de cazuri: *Kuster* 4 la 20.000; 44 de cazuri în clinica dela Breslau într'un interval de 12 ani.

Dacă urmărim statistica Div. II-a chirurgicală dela 1933 — 37, găsim un număr de 10 cazuri la un număr de 5019 bolnavi, deci 1 la 500; repartizaţi pe sex sunt 2 bărbaţi şi 8 femei. Examinând aceeaşi statistică pentru procesele inflamatorii găsim 1 la 270 bolnavi, iar în ceeace priveşte litiaza reno-ureterală un număr de 15 cazuri, ceeace dă un procent de 0,29%.

Dintre cele şapte cazuri actuale, cinci sunt bărbaţi şi două femei.

Venind acum la statistica Div. VII-a genito-urinară, de sub conducerea D-rului *Ion Moscu*, arătăm că la un număr de 2159 de bolnavi, pe un period de 10 ani, am avut 23 de flegmoane perinefretice, deci un procent de 1,06% faţă de litiaza reno-ureterală cu un procent de 2,8%, şi de Tbc. renală cu 4,3%.

Unele din aceste cazuri au venit cu fenomene suficiente pentru a fi considerate tipice, altele însă au rezistat investigaţiilor curente, izbindu-se de perspicacitatea clinică a «şefului», care orientat de clinică şi de percuţie. se oprea asupra regiunii interesate şi punctia lui era pozitivă, acolo unde încercări anterioare fuseseră infructuoase.

*) *Lucrare făcută în Div. II chirurgicală, Spit. Brâncovenesc. Medic primar: Prof. I. Iacobovici.*

Dealtfel epoca clinică a medicinei cunoaşte şi la noi clinicieni abili în stabilirea unui diagnostic de flegmon perinefretic, despre care se aminteşte cu consideraţiune în lecţiile clinice ale elevilor lor, în discuţii academice sau în comunicări ştiinţifice.

Convinşi că un diagnostic precoce este în funcţie de observaţia clinică a bolnavului, o anamneză amănunţită trebue să depisteze totdeauna momentele etiologice ale afecţiunii.

Unul din elementele de care trebue ţinut seama este terenul. Studiul acestuia a dus la cunoaşterea faptului, dacă a fost suprimată sau susţinută activitatea emonctorială sau a puterii pexice conferită leucocitelor şi elementelor endoteliale, care joacă un rol preponderent în protecţia individului contra unei agresiuni microbiene.

Trebue ţinut seama de o predispoziţie familială, de intoxicaţii diverse; avitaminoză, deficienţa ficatului şi a rinichiului, atenuarea sub influenţa oboselii, a dinamismului leucocitar individual, principiu invocat de *Fiessinger* pentru a explica aspectul sever şi de temut pe care-l ia infecţia generală la majoritatea indivizilor muşchiuloşi şi la sportivi.

Sunt de luat în consideraţiune un număr de factori biologici şi anume: perturbarea metabolismului glucidelor, deviaţia echilibrului acidobazic a mediului spre aciditate; o proprietate tranzitorie foarte particulară a serului, descrisă de *Sonnenscheim* şi pusă în valoare de *Raiga*, denumită antifag, antagonistă bacteriofagiei, care explică tenacitatea infecţiilor, tendinţa la reşute a accidentelor stafilococice şi în acelaş timp i-ar imprima caracterul de gravitate, metastazei.

Dintre microbi, stafilococul este cel mai frequent agent patogen al flegmonului perinefretic. Acesta poate îmbrăca caracterul unui parazitizm benign pe piele sau o mucoasă, aşteptând o împrejurare favorabilă. El poate pleca dintr'o leziune banală, pe cale de vindecare, trece în sânge, dând o bacteriemie sau o septicemie. In lumina cercetărilor actuale, pentru explicarea stafilococilor, rolul preponderent nu revine toxinei, ci virulenţii stafilococului faţă de organismul care îl adăposteşte.

Recunoscând şi alte varietăţi microbiene decât stafilococul, sunt împrejurări când puroiul flegmonului perinefretic rămâne steril, ceeace constitue un fapt foarte important pentru explicarea etiologiei acestei afecţiuni.

In marea majoritate a cazurilor, o alterare anterioară a rinichiului favorizează metastaze renale stafilococice, cu două eventualităţi posibile : pielonefrita, care-şi evacuiază produşii pe căi naturale sau un flegmon perinefretic, rezultatul invadării unui proces infecţios din rinichi în învelişuri, fiindcă infecţia renală este în majoritatea cazurilor, după *Schwarz*, o afecţiune de sistem, căreia aparţine: rinichi, bazinet, ureter şi învelişuri.

Această ipoteză ne conduce la presupunerea că localizarea flegmonului perinefretic este în raport direct cu elementul arborelui urinar anterior şi concomitent afectat: rinichi (poli, feţe), basinet, pedicul renal, ureterul superior.

Unul din cazurile noastre ilustrează această temă:

Bolnava V. P., 17 ani, din Bucureşti, intrată la Div. II-a chirurgicală a spitalului Brâncovenesc, la 10 Octombrie 1938, pentru temperatură ridicată, durere spontană şi provocată în hipohondrul drept; oligurie, hematurie, astenie.

Ant. heredocolat. Tatăl sănătos; mama paralitică; fraţi şi surori deasemeni, sănătoşi.

Ant. personale. A suferit de pojar, scarlatină, malarie. Pleurezie la 12 ani, apendicită operată. Neagă afecţiuni anterioare ale aparatului urinar. N'a suferit nici un traumatism la nivelul organelor urinare.

Istoricul boalei actuale: Boala a început cu trei săptămâni înainte de intrarea în spital, cu:

1) Dureri lombare drepte, cu iradiaţiuni spre membrul inferior drept, producându-i o impotenţă funcţională relativă; 2) vărsături uneori incoercibile, chiar după ingerarea apei, 3) lipotimie; 4) frisoane puternice, însoţite de valuri de căldură; 5) oligurie, hematurie.

Starea prezentă. Bolnava acuză o durere în hipohondrul drept, sub formă de colică diurnă sau nocturnă, spontană, sau provocată de orice traumatism, durând una sau mai multe ore, iradiind spre membrul inferior drept, imobilizându-l. Durerea se calmează prin repaus. Hematurie uşoară şi intermitentă. Din punct de vedere general: astenie, anorexie, debilitate, facies teros, mucoasele decolorate; ţesutul adipos dispărut, muşchii atrofiaţi.

Aparatul respirator prezintă modificări bronhice, pleurale şi cracmente la vârful drept. Cordul normal. Punctul cistic este puţin sensibil, splina percutabilă.

Loja renală dreaptă uşor proeminentă. Apărare muschiulară în partea dreaptă.

In loja renală dreaptă şi flancul drept se palpează o tumoră uniformă, cu contact lombar, coborând în jos până la creasta iliacă şi întinzându-se înăuntru până la 2 laturi de deget în afara liniei mediane. Punctul costovertebral drept foarte dureros; punctul ureteral mijlociu sensibil.

Radiografia renală arată imagine de calcul ureteral drept. Rinichiul drept mărit de volum.

Cistoscopia şi caterismul ureteral culeg date normale.

Constanta Ambard 0.062. Ureea în sânge 0.28%. Leucocitoza 13.800; bacilul Koch absent.

La 22 Octombrie 1938 Dr. *Vasiliu* şi Int. *Marinescu* procedează la lombotomie dreaptă. Un rinichi mărit şi prezentând la partea inferioară şi internă o pungă cu puroi, cremos, urât mirositor.

Studiind mai departe bolnava, se procedează la 8 Noembrie la un nou cateterism ureteral, ocaziune în care se descoperă două meaturi ureterale la dreapta. Printr'unul din uretere sonda pătrunde până în basinet; în al doilea se opreşte la 18 cm. La 13 Nov. 1938 o cromocistoscopie obţine colorarea în albastru la rinichiul stâng după 3' iar la rinichiul drept după 10'. I se introduc bolnăvei trei sonde ureterale şi i se face o pielografie ascendentă care arată la dreapta două uretere; calcul ureteral drept obstruiază ureterul. La 12 Dec. 1938 se procedează la extragerea calcului ureteral. (Dr. *Vasiliu*, Dr. *Drăceanu*, Int. *Marinescu*). Observându-se microscopiceşte că rinicihiul drept este alterat, hotărîm nefrectomia.

Rezultatul analizei microscopice este următorul: parenhimul renal prezintă o infiltraţie polimorfă constituită din limfocite, plasmocite, fibroblaste mononucleare şi rare eosinofile.

Majoritatea glomerulilor cu capsula îngroşată, alţii complect sclerozaţi. Tubii, unii cu epiteliul descuamat, alţii cu el uşor prolieferat. Intr'o parte a preparatului massa inflamatorie se întinde la capsulă, pe care o infiltrează trecând la ţesutul grăsos înconjurător. (Dr. *Stănciulescu*).

Adăugăm că la examenul macroscopic al piesii n'am observat nici o alterare a capsulei proprii sau a parenchimului renal. In plus, menţionăm că rinichiul superior avea un aspect normal, un ureter subţire, un basinet mic, pe când cel inferior prezintă, după secţiune, caractere de nefrită cronică a corticalei; o degenerescenţă sclerolipomatoasă a medularii, capsula aderentă la corticală; un basinet mărit, un ureter dilatat.

Acest aspect anatomo-patologic explică pe deplin relaţiunea dintre calcul, pielonefrită cronică şi flegmonul perinefretic, dovedind odată mai mult temeiul ipotezii afecţiunii de sistem.

In cazul nostru flegmonul a fost situat în dreptul rinichiului inferior, ceeace dovedeşte că localizarea flegmonului are loc în jurul segmentului urinar afectat. Dacă astăzi în spiritul nostru este bine stabilită noţiunea substratului renal în supuraţia perinefretică, tot atât de adevărat este că în multe împrejurări un flegmon perinefretic descoperă o afecţiune a arborelui urinar, după cum demonstrează şi observaţia de mai sus.

Tratamentul aplicat cazurilor noas-

tre a fost lombotomia, cu incizia și drenajul cavității flegmonului.

Din cei șapte bolnavi, numai uneia din cele două femei i s'a agravat situația, întrucât a venit la noi în stare de septicemie avansată, dată fiind lunga ei peregrinare prin două servicii de medicină internă. Restul de șase bolnavi au plecat ameliorați sau cu plagă superficială, după o ospitalizare de 3—4 săptămâni.

Aceste fapte ne dau nouă o mortalitate de 0.14%. Deși aceste șapte cazuri nu suportă comparația statisticilor mari, amintim că Prof. *Teposu* dă o mortalitate de 13,2%, față de Boeminghaus 17%, Kukula 15%, Miller 14%, iar Friederich din clinica lui Hochenegg 9,3%.

Flegmonul perinefretic evoluiază după *Cathelin* cu trei faze: începutul, când predomină fenomene toxice generale; perioada de stare, când predomină fenomene de ordin septicemic. Bolnavii parcurg aceste două stadii de obiceiu în serviciile de medicină internă, când, ajungând în perioada terminală a bolii, caracterizată prin: câteva săptămâni de incertitudine, febră ridicată, durere spontană și provocată în unghiul costovertebral, împăstare lombară, tumefierea tegumentelor și o puncție exploratoare pozitivă, diagnosticul s'a impus.

Este bine de înțeles că un diagnostic precoce vine în ajutorul bolnavului. Mijloacele nu lipsesc. In primul rând trebue cercetată leucocitoza, Widalul și chiar protozoarii. Examenul urinii, cistoscopia, cateterismul ureteral, constanta Ambard sunt de mare folos. Pielografia ascendentă ne poate furniza date importante când basinetul sau rinichiul comunică cu cavitatea flegmonului.. Cea mai importantă probă este pielografia intravenoasă. Ea nu este astăzi accesibilă decât bolnavilor cu stare.

Intrucât privește radioscopia, după *Teposu*, criteriile după care ne conducem în diagnosticul supurațiilor perirenale prin radioscopie sunt următoarele: abcesul apare pe ecran lângă umbra renală sau acoperind-o. Umbra rinichiului mărită, neregulată și voalată; contururi renale șterse. Diafragmul imobil, uneori sus situat. Umbra psoasului și apofizelor transverse lombare dispărută sau stearsă. Scolioza coloanei vertebrale spre partea bolnavă. Dar un rezultat radiologic contrar acestor considerațiuni nu exclude posibilitatea unei supurații perirenale.

Puncția exploratoare este unul din mijloacele sigure de a stabili diagnosticul și a localiza situația flegmonului, orientați după intensitatea durerii și matitatea percuției. Dar o puncție negativă nu exclude prezența unei supurații perirenale.

Frangenheim preferă incizia de probă.

Rămâne însă un număr de bolnavi cu mari turburări, la cari prin toate metodele de cercetare nu se poate găsi nimic. Aci ne ajută experiența clinică, cunoașterea tabloului maladiei și curajul de a interveni.

Tratamentul aplicat cazurilor noastre a fost cel operator: lombotomie și drenaj. Rațional apare și tratamentul cauzal: ridicarea unui obstacol în arborele urinar, în speță un calcul sau chiar tratamentul unei afecțiuni a prostatei și veziculelor seminale, cum susține *Von Lichtenberg*.

Absența unei cauze apropiate trebue să ne îndrepteze gândul spre organe vecine, fie ele toracice, abdominale sau pelviene, dela care infecțiunea s'a făcut pe cale vasculară (sanguină sau limfatică) sau chiar numai prin contiguitate. Tratamentul cauzal în această situațiune poate fi sigur aplicat numai printr'un stăruitor examen clinic complectat cu explorarea radiologică și de laborator a întregului organism, după modelul unor clinici americane.

Tratamentul general și preventiv proclamă lupta contra stafilocociei, prin mijloace nespecifice cum ar fi chimioterapia, transfuzia sau prin metode biologice, cari atacă electiv elementul cauzal, în speță fagoterapia, anatoxinoterapia, seroterapia; *apoi* modificarea mediului umoral, în sarcina căruia se pune severitatea septicopiomiei. Pentru unii vaccinoterapia ar da rezultate bune în flegmonul perinefretic. Intrebuințarea bacteriofagului, nu numai în injecții intravenoase, dar in situ după incizie a permis lui *Michon* și *Flandrin* să constate o evoluție foarte favorabilă a focarului infecțios. *Flandrin* introduce stafibacteriofagul în cantitate de 5 cmc., de 2 ori pe zi pe tub de dren până în cavitatea abcesului. Un element treapeutic căruia trebue să-i acordăm toată importanța este vitaminizarea.

Pe lângă lombotomie sunt unii partizanii decapsulării, întrucât această operație suprimă membrana inextensibilă, care strânge rinichiul infectat, dă liberă ieșire puroiului și țesuturilor necrotice, care bombează sub ea și acelora cari își au sediul în substanța medulară.

Nefrectomia nu e recomandabilă atât din cauza mediului septic în care s'ar efectua și apoi nu totdeauna se cunoaște valoarea funcțională a celuilalt rinichi, dar pe deasupra acestora trebue să știm precis că al doilea rinichiu există. In stafilococemie vindecarea unui focar stafilococic nu pune bolnavul la adăpost de noui manifestări patologice, întrucât este de crezut că stafilococul, adaptându-se terenului și-a păstrat virulența și agresivitatea față de un organism receptiv, de aceea una din atitudinile care se impun este și aceea de a se institui un tratament biologic și chimioterapic între vindecarea focarului inițial și o problematică recidivă.

BIBLIOGRAFII

M. Laignel-Lavastine, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Pitié, et **N. T. Koressios. Recherches sémiologiques, sérologiques, cliniques et thérapeutiques (La sérothérapie hémolytique) sur la Sclérose en Plaques.** *Librairie Maloine*, 370 pagini. . . . . 90 Franci.

Autorii au grupat în această lucrare rezultatul cercetărilor lor din 1925 asupra Sclerozei în plăci.

In prima parte, autorii rezumă ideile predominante ale cercetărilor lor și expun motivele cari le permit să considere această boală drept o maladie de troficitate a măduvei.

Ei descriu un semn, derivat din cel al lui Babinski, asupra căruia au atras atențiunea din 1932 și care pare să deceleze puseurile evolutive ale maladiei. Este vorba de studiul zonei reflexogene a semnului lui Babinski.

Hemolizo-reacțiunea sau intradermoreacțiunea cu ser hemolitic le permite să diferențieze anumite procese infecțioase ale nevraxului de sindromele de compresiune medulară.

Ei descriu modificările constatate în metabolismul lipoidelor fosforate în sângele bolnavilor atinși de scleroza în plăci, în diferitele stadii ale maladiei.

Ei semnalează existența de turburări emonctorii sanguine în cursul evoluțiunei maladiei.

Ei atrag atențiunea asupra anumitor forme de scleroză în plăci a căror origine poate fi legată de existența de turburări endocriniene, în special în formele zise «menopauzice», survenind cu ocazia menopauzei naturale sau artificiale; aspectul clinic al acestor forme se diferențiază de cele ale formelor obișnuite ale Sclerozei în plăci.

Ei descriu cazuri de scleroză în plăci familiale.

In a doua parte autorii dau observațiunile asupra cărora s'au referit în partea precedentă.

Le împart în:

a) cazuri vindecate funcțional sau organic. 20 bolnavi au fost urmăriți dela 2 la 8 ani. Ei nu au prezentat resute în acest interval;

b) cazuri (ameliorate definitiv sau tranzitoriu. 150 bolnavi au fost urmăriți în timp mai mult sau mai puțin lung. Autorii evaluiază la 60% reușite la bolnavii prezentând forme avansate.

c) cazuri neameliorate. Este vorba de forme foarte avansate.

Autorii schițează apoi experiențele făcute și publicațiunile ce au apărut referitoare la seroterapia hemolitică în streinătate, al căror rezultate au fost confirmate.

Lucrarea lor se termină printr'un studiu amănunțit asupra modului de acțiune ale serului hemolitic.

Dificultăţile ce le prezintă perfecţionarea în obstetrică

de Dr. AL. BĂDESCU

Obstetrica, având menirea de a apăra viaţa şi sănătatea viitorilor născuţi şi a mamelor, este o specialitate dominată de practică. Ea cere decizii şi acţiuni sigure. Technica obstetricală, adeseori dificilă, impune manevre bine stăpânite şi ireproşabil executate.

Perfecţionarea medicilor în practica obstetricală trebue dusă la nivelul cel mai ridicat posibil, pentru profitul parturientei şi al copilului, înainte, în timpul şi după naşterea acestuia

Practica obstetricei de către medicii profesând medicina generală la sate sau oraşe, unde specialiştii nu există, cere o instrucţie, ce nu se poate dobândi decât prin exerciţiu practic, făcut în institute de specialitate, conduse de obstetricieni.

Care sunt Institutele de pregătire şi perfecţionare a personalului medical?

Învăţământul obstetrical cât şi formarea de noi specialişti, care să continue pe cei existenţi, sunt astăzi foarte stânjenite de penuria de posibilităţi. Cele două catedre obstetricale dela facultatea de medicină din Bucureşti, au fost contopite într'una singură, ce a fost ataşată clinicei gynecologice, — după ce cu câţiva ani înainte (1934) facultatea, guvernul şi parlamentul hotărâseră ca învăţământul obstetricei să fie făcut de doi profesori titulari, în două institute de maternitate.

Este o situaţie incompatibilă cu necesităţile actuale ale învăţământului superior obstetrical.

Consecinţele nu vor întârzia să se arate, neglijarea obstetricei lezând interesele *generaţiilor viitoare*. In loc de progrese în această ramură medicală, atât de importantă, se vor vedea slăbiciunile pregătirei practicienilor ce pleacă în oraşe de provincie şi la sate, pentru a activa.

* * *

Rezolvarea problemei ocrotirei materno-infantile, trebueşte începută cu asistenţa prenatală: pasul cel dintâi să fie al obstetricei

Consultaţii prenatale în dispensare materno-infantile, conduse de medici obstetricieni specialişti, perfect pregătiţi, cu învăţământ obstetrical larg şi complect, vor asigura naşterea unor copii sănătoşi. Obstetricianul este cel care face cea mai dintâi şi însemnată operă de puericultor.

Cum să se poată face această operă la noi în ţară unde, încă în timpurile de faţă, nasc cu moaşe empirice sau fără moaşe aproape 400.000 femei?

Asistenţa materno-infantilă începe odată cu concepţia. Puericultura intra-uterină hotăreşte desfăşurarea de mai târziu a noului creat. *Obstetrica este deci baza puericulturii.*

Latura didactică, de pregătire a conducătorilor centrelor de asistenţă materno-infantilă, este cheia problemei şi tocmai această latură se neglijează astăzi.

Aceasta tocmai acum când scăderea natalităţii se accentuează în fiecare an; tocmai când mortalitatea infantilă în primul an după naştere este în creştere, când excedentul de populaţie este în descreştere. (10,4‰)

Din datele şi informaţiile Institutului Central de statistică de sub conducerea d-lui Dr. Sabin Manuilă, se vede cât de ridicată este mortalitatea infantilă în primul an după nastere, fiind cea mai ridicată din câte se înregistrează astăzi în Europa (120.000).

* * *

Revizuirea cunoştinţelor medicilor plecaţi de mult din centrele de învăţământ se impune din ce în ce mai evident. Trebuesc prezentate acestora progresele fiziologiei şi patologiei sarcinei, ale diagnosticului, ale metodelor de terapeutică şi tehnică obstetricală, îngrijirei şi alimentaţiei noului născut, cât şi tratamentului copilului bolnav.

Numărul moaşelor se cere mărit, iar cele ce sunt eşite din şcoli de ani de zile trebue să îşi reîmprospăteze cunoştinţele, ceea ce necesită înmulţirea numărului de medici specialişti ce vor îndeplini aceste deziderate.

Este remarcabilă mica mortalitate în timpul naşterei, cât şi în timpul primului an al copilăriei, în Olanda. Explicaţia acestei situaţii şi a cifrelor atât de favorabile, stă în asistenţa obstetricală, care cuprinde nu numai pe cea din timpul naşterii, ci şi din toată graviditatea.

In Olanda moaşele sunt instruite trei ani, şi sunt obligate să participe la cursuri de repetiţie din trei în trei ani.

Unde să se facă toate acestea, când în Bucureşti, capitala unei ţări cu douăzeci de milioane de locuitori, nu mai există o clinică obstetricală de sine stătătoare?

* * *

Lărgirea învăţământului obstetrical superior este o necesitate.

Clinica obstetrico-gynecologică nu este suficientă nici pentru instrucţia studenţilor. Celelalte maternităţi publice, ce nu servă la învăţământ, nu dispun de mijloace şi de personal adaptat instrucţiei.

Crearea unei clinici universitare speciale pentru perfecţionare, cum există în Anglia, ar putea rezolva problema

Aci s'ar face instrucţia practică absolut necesară, condusă de asistenţi specialişti, pe femei gravide sau în travaliu, cât şi pe noi născuţi.

Medicii ocupându-se de obstetrică, sau exercitând medicina generală la sate sau oraşe, ar veni tot aci pentru reîmprospătarea cunoştinţelor şi perfecţionare.

Noile operaţii obstetricale vor fi studiate, demonstrate şi exersate pe manechine. Participanţii la practică ar putea fi chiar interni, pentru ca numărul faptelor ce se petrec sub ochii lor să fie cât mai mare şi să lase impresiuni cât mai numeroase şi vii.

Aci s'ar lărgi şi împrospăta cunoştinţele, participanţii ar fi făcuţi atenţi prin expunerea greşelilor posibile şi uneori comise în practică. Ar fi un învăţământ superior cât mai complect, cu material cât mai bogat şi cu un număr de naşteri cât mai mare.

Astfel de idei au fost cu pasiune susţinute ani de zile în urmă, în Germania de *Profesorul G. Wagner* din Berlin şi de Profesorul Van Rooy în Olanda.

In ţară, Dr. Săvulescu într'un documentat studiu publicat în Rev. de Obstetrică şi Gynecologie a arătat situaţia dela noi. D-rul Nissim a reluat chestiunea în coloanele acestei reviste.

In epoca aceasta trebue o stăpânire cât mai perfectă a obstetricei, o perfecţionare a medicilor de practică generală, aceasta în interesul naţiunei întregi, cât şi al parturientelor şi al noilor născuţi.

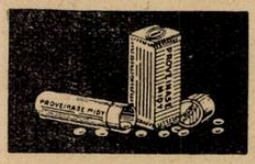
Statul care se preocupă de salvarea copiilor, trebue să înceapă această operă cu îngrijirile din timpul vieţii uterine a fătului. Supravegherea graviditătii hotăreşte de viitorul copilului şi al mamei. Naşterea este doar o perioadă a maternităţei; perioadele prenatale şi post natale sunt tot atât de importante.

Asistenţa materno-infantilă cu îmbunătăţirea situaţiei actuale, se poate face prin formarea de specialişti, ce vor lucra în institute de ocrotire răspândite în toată ţara şi nu numai prin înmulţirea de maternităţi.

Ca să complectăm această afirmaţie, vom semnala că, din cele 600.000 naşteri anuale din ţara noastră, numai 15.000 au loc în Institutute de Maternitate, adică 2,5 la sută. Nu toate aceste naşteri însă au fost precedate de observaţia şi asistenţa din timpul gravităţii. Cât de mare rămâne însă numărul femeilor care duc sarcina fără nici un sfat fără nici o îngrijire. — Câţi din cei 120.000 de copii ce mor în fiecare an, înainte de a împlini 12 luni, nu au această soartă din lipsa de îngrijiri până la naştere?

In rezolvarea problemei ocrotirei materno-infantile, atât de actuală, latura didactică, de pregătire a elementelor ce vor activa pe teren, nu trebue de loc neglijată iar dificultăţile ce le prezintă astăzi perfecţionarea în ştiinţa obstetricală trebuesc înlăturate.

PROVEINASE MIDY



(COMPRIMATE)

REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOASE

POMMADE MIDY
SUPPOSITOIRES MIDY

MEDICAȚIA RAȚIONALĂ A HEMOROIZILOR

ANTIGRIPPINE MIDY

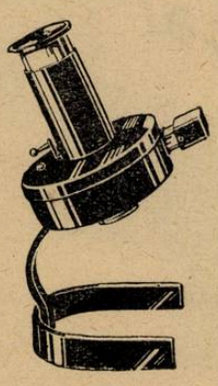
(CAȘETE)

REMEDIU SUVERAN CONTRA GRIPEI ȘI COMPLICAȚIILOR SALE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

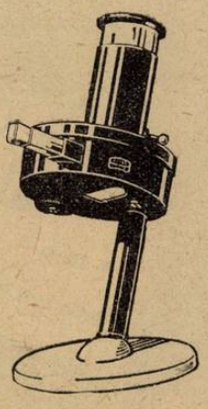
Eșantioane și Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREȘTI, 4

ZEISS IKON



BILIRUBINOMETRU
COLORIMETRU
XANTOPROTEINOMETRU
HEMOGLOBINOMETRU

ZEISS IKON



Societate Anomimă de Agentură,
Comision și Import fost
OTTO & ALFRED HERZOG
București I, Bdul. Carol I, No. 48

INSOMNIILE
DE ORICE NATURĂ

INSOMNIILE
AGITAȚILOR

INSOMNIILE
ANXIOSILOR

SUPPONERYL
Supozitoare cu Soneryl

— PARIS - 7e —

THÉRAPLIX

Propagande medicale: „THERAPLIX" Str. Anastasie Simu No. 6, București III.

2 MANN

La Coli-infecțiuni
ale căilor urinare
Amonium-
sau
Magnesium-
Mandelat «Asta»

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE

Eșantioane și literatură la cerere. Reprezentant general pentru România:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

Problema generațiilor în medicina românească

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Această chestiune atât de mult discutată în toate cercurile medicale, nu a fost abordată în presa medicală decât sporadic și indirect, cu toate că ea interesează într'un grad foarte înalt desvoltarea medicinei naționale.

In ultimul timp au apărut în «România Medicală» trei articole luminoase asupra problemei generațiilor), cari au adus în discuție o chestiune despre care se vorbea foarte mult, fără să se scrie aproape nimic.*

Revenind asupra lor, vom încerca să punem problema în ansamblul ei, căutând să ajungem la concluziunile pe cari logica le va impune.

Bineînțeles vom ține seama nu numai de perfecta technică a unui silogism abstract ci și de interesele superioare ale medicinei românești atât din punctul de vedere al desvoltărei științifice, cât și din acela al asistenței medicale și profilactice a populației.

D-rul Pavel, *în articolul său, prezintă cu o scurtă introducere, directivele pe cari savantul chirurg Wiliam Mayo le fixează Fundației ce a întemeiat, împreună cu fratele său Charles.*

Faptul că D-rul Pavel *a atacat problema generațiilor în mod indirect, este foarte natural, întrucât în unele probleme delicate, este mai potrivit să facem să vorbească oameni cu o celebritate și o situație atât de notorii, în cât nu se poate contesta nici competența, nici obiectivitatea lor.*

In afară de aceasta, ideile lor au, pe lângă autoritatea prestigiului și pe aceea a experienței.

Dealtfel această metodă a fost utilizată în toate timpurile și Cicero în celebrul lui studiu asupra bătrâneței, («De Senectute») *rezolvă problemele cele mai delicate, citând pe oamenii celebri, anteriori lui, în fruntea cărora stă* Sofocle.

Ilustrul chirurg Mayo este de părere ca fiecare generație să aibă posibilitatea să conducă efectiv, la o vârstă tânără, aducând aportul ei la progresul științei și la ameliorarea condițiilor de viață ale omenirei.

Mayo, — a dat contemporanilor săi un exemplu imediat, retrăgându-se la vârsta de 65 de ani din activitatea sa chirurgicală și dela conducerea efectivă a Clinicei pe care a întemeiat-o.

In acelaș memoriu, Mayo subliniază încă o idee fundamentală: Selecționarea tinerilor pentru locurile de conducere trebue făcută nu după probe de memorie ci după capacitatea lor de acțiune și de creație.

Cine ar putea să conteste adevărurile axiomatice formulate de Mayo, la care ne-am gândit cu toții, fiind fericiți de a le găsi exprimate atât de categoric de un om care are pe lângă autoritatea operei înfăptuite și pe aceea a vârstei înaintate.

D-rul Claudian, *în articolul său, admițând principiile generale ale lui Mayo, arată cu multă subtilitate, situația dificilă în care se află atâția oameni de talent și de inițiativă din generația căreia îi aparține.*

Intr'adevăr, activitatea științifică și mai ales opera de creațiune care trebue să-i urmeze, nu se poate înfăptui decât într'o atmosferă de înaltă spiritualitate și de independență de cugetare.

Dacă adăogăm faptul că în actualul stadiu de desvoltare a științei, activitatea unui cercetător este stingherită și deseori împiedecată să meargă până la ultimele investigațiuni proectate, de lipsa unor laboratoare bogat înzestrate, — avem o imagine exactă a împrejurărilor precare în care trebue să lucreze tinerii noștri oameni de știință.

Atât atmosfera de independență spirituală cât și condițiile materiale de lucru, nu pot fi create, fără o largă înțelegere și o exactă apreciere a situației, din partea acelora cari sub o formă sau alta, conduc instituțiile noastre sanitare.

D-rul Florian, *scriind câteva note pe marginea unei cărți de mare valoare morală și informativă — «The Surgeon's Case-book» — ajunge la concluzii personale, cari dovedesc o cugetare aleasă.*

Ideile expuse sunt optimiste în formă și tonice pentru cititorul tânăr. Ele sunt însă menite să deștepte multe reflexiuni în mintea noastră, cari suntem la vârsta matură și socotim că pe lângă avantagiile unor situații oficiale, avem și mari obligații.

D-rul Florian *arată că medicii tineri nu trebue să se descurajeze de împrejurările dificile în cari sunt nevoiți să lucreze. Entuziasmul lor, elanul lor de muncă și de creație, nu trebue să diminue în fața contrarietăților vieții care-i pun, uneori, în situații inferioare meritelor lor.*

Ei trebue să-și continue, cu pasiune munca lor pentru știință, fără să observe indiferența oamenilor, fără să sufere de insuficiența mijloacelor de studiu, insensibili chiar la o situație personală dificilă atât din punct de vedere moral cât și material.

Dincolo de aceste împrejurări protivnice, tinerii cercetători trebue să întrevadă succesul ce le va încorona munca.

Opera marilor descoperitori ai omenirei, va fi pentru ei un exemplu și un stimulent.

* * *

Schematizând ideile fundamentale ale celor trei articole, comentate mai sus, le putem rezuma astfel:

D-rul Pavel, *citând pe Mayo, a arătat că pretutindeni în lume se pune problema generațiilor, care nu poate fi rezolvată decât prin promovarea tinerilor.*

D-rul Claudian *a subliniat faptul că această problemă nu este rezolvată în medicina românească, vorbind chiar de o «generație sacrificată».*

D-rul Florian *a căutat să demonstreze că oricât de vitrege ar fi condițiunile de lucru și de desvoltare ale generației tinere, ea este datoare să-și închine viața luptei pentru știință. Acei pe cari natura i-a predestinat marilor descoperiri, dotându-i cu o genială inspirație, vor reuși, contra tuturor adversităților, să înfăptuiască opera lor.*

La rândul nostru, vom căuta, să arătăm cari sunt obligațiile generațiunei mature în fața problemei care s'a pus și care se discută astăzi pretutindeni. Ne simțim obligați s'o facem, nu numai pentru că această chestiune pasionează în prezent cercurile noastre medicale dar mai ales pentrucă, de rezolvirea ei, depinde desvoltarea medicinei românești atât pe planul cercetărilor științifice, cât și pe acel al organizației noastre medicale și sanitare.

De aceea nu vom preconiza nici adaptarea celor dotați la situațiuni minore, nici nu vom susține că entuziasmul și talentul sunt suficiente pentru a asigura progresul unei științe experimentale cum este medicina.

Socotim că este datoria generației, care într'o formă sau alta, se află la conducerea diferitelor instituțiuni și discipline medicale, să creeze posibilități de lucru și de evoluție pentru toți oamenii de merit din generațiile ce ne urmează.

Acestora trebue să li se încredințeze locuri de conducere și de mare răspundere, în faza de elan creator a vieței lor. Situațiunile înalte nu trebue să constitue o răsplată tardivă a unei activități trecute. Dimpotrivă, ele trebuesc să fie ocupate de oameni în plină ascensiune spirituală.

Societatea, în înțelepciunea ei multiseculară, a creat numeroase onoruri

---

*) *Dr. I. Pavel*: Luptă sau armonizare între generații. Un punct de vedere american asemănător operei întreprinsă de M. Sa Regele. «România Medicală» No. 6, din 1939.

Dr. I. Claudian: Antagonism între generații sau numai puțin interes pentru știința românească. «România Medicală» No. 9, din 1939.

Dr. I. Florian: Spicuiri pe marginea unei cărți: «The Surgeon's Case-book». «România Medicală» No. 11, din 1939.

pentru acei cari s'au distins prin activitatea lor rodnică şi îndelungată. Academiile îi primesc în sânul lor, ziarele le aduc elogii, publicul îi aclamă.

Ar fi o greşală ca oamenii meritoşi ai unei generaţii să blocheze prin persoana saŭ prin ideiele lor, evoluţia oamenilor dotaţi din generaţiile mai tinere.

Un argument care se aduce deseori în contra acestei idei, este de ordin comparativ. In general se stabilesc diferenţele între opera definitivă şi totală a unui om, ajuns de mult la apogeu şi aceea în plină evoluţie, — a unuia cu mult mai tânăr.

Această metodă nu poate duce la rezultate valabile, întrucât nimic nu ne poate interzice speranţa ca tânărul să întreacă pe predecesorul său.

Dar chiar dacă această ipoteză nu ar fi realizată, socotim că oamenii bine dotaţi ai fiecărei generaţii, — trebue utilizaţi pentru aportul de progres pe care-l pot aduce.

Este păgubitor din punct de vedere general şi este nedrept din punct de vedere social, să se procedeze altfel.

Dacă problema generaţiilor este greu de rezolvat în ţările de veche civilizaţie, unde numărul oamenilor pregătiţi este foarte mare, ni se pare că soluţionarea acestei chestiuni este mult mai uşoară la noi.

In adevăr, nu ne putem plânge de o pletoră a talentelor şi de o excesivă frecvenţă a cercetătorilor pasionaţi.

Ei totuşi există şi nu sunt utilizaţi cu toţii, în raport cu pregătirea şi capacitarea lor creatoare.

Pe de altă parte, nu putem spune că medicina românească are în prezent cadrele normale pentru o ţară de 20 milioane de locuitori, nici pe plan ştiinţific, nici pe plan sanitar.

Din cauza acestor împrejurări, problema generaţiilor poate fi uşor rezolvată, dacă ne vom convinge că ea există şi că noi suntem datori a o soluţiona.

Pentru aceasta se cere: o justă înţelegere a problemei, o apreciere obiectivă a oamenilor tineri, o imediată şi complectă utilizare a lor, în raport cu pregătirea, cu talentul şi cu elanul lor creator.

BIBLIOGRAFII

Radiologie clinique du coeur et des gros vaisseaux par Ch. Laubry, P. Cottenot, D. Routier et R. Heim de Balsac. *Masson et C-ie Editeurs.* Un volum în-4° (25 × 32) de 334 pagini cu 1049 figuri însoţite de schemele lor.

In două volume legate în pânză pentru expedierea în străinătate 430 fr.

Lucrarea pe care autorii o oferă publicului reprezintă sinteza eforturilor comune de zece ani. Au considerat necesar s'o dea publicaţiei nu fiindcă au gândit că au epuizat toate problemele de radiologie cardiacă: ele se reînoiesc şi se extind ca şi clinica iar soluţiunile variază şi se precizează cu perfecţionările technice. Dar această sinteză le-a părut suficient de documentată pentru a marca o etapă, adică punctul care marca pentru autori o evoluţiune, unde simţea că concepţiunile noastre difereau de cele ce ni le formasem în decada precedentă şi cari, în acelaş timp li se păreau ca având o soliditate suficientă pentru noui porniri.

Această lucrare se sprijină pe mai mult de o mie de reproduceri de clişee fotografice, provenind din 335 observaţiuni personale.

Documentaţia are deci un cachet de originalitate pe care autorii au ţinut să i-o dea în modul de prezentare. Ei au lăsat în primul plan, de o parte faptul clinic în integralitatea sa şi de altă parte iconografia sa. Pe un plan mai şters au dat un text care condensează impresiunile lor.

Observaţiunile sunt rezumate. Nu înseamnă însă că nu conţin elementele necesare discuţiunei. Ele sunt atenuate sau amplificate după nuanţele clinice, dificultăţile de interpretare şi, în fiecare entitate nosologică, importanţa timpurilor de tranziţiune. Autorii au insistat în special asupra punctelor discutabile, nedecise şi pe cari investigaţiunea radiologică este destinată s'o scoată din umbră.

Alegerea şi numărul figurilor au fost subordonate rolului pe care-l prezintau în radiologie pentru diagnosticul şi studiul evoluţiunei. Pentru fiecare tip de maladie s'au arătat deci mai prodigi sau mai avari în exemple, după cum acest rol le-a părut mai necesar, sau mai neglijabil, de unde o disproporţiune care ar surprinde dacă nu i s'ar da justificarea.

Pentru a supleia rezumatului observaţiunei şi a-i substitui instrucţiunea prin imagini, autorii s'au străduit să faciliteze lectura radiografiilor. Majoritatea dintre ele sunt însoţite de o schemă care, cu toate dimensiunile reduse, face să se vadă imediat particularităţile. Deasemeni, pentru a aprecia importanţa reducerei, le-au însoţit de o scară centimetrică alternativ constituită de o dungă albă şi una neagră, fiecare reprezentând exact un centimetru pe original. O măsurătoare cu compasul dă astfel o apreciaţie suficientă al fiecărei segment al proecţiunei cardiace.

Cât despre text, nu este decât comentariul trăit al experienţelor lor radiologice. Unii îl vor găsi prea laconic, insuficient nuanţat, degajat de grija de a discuta opinia altora sau de a căuta necontenit o justificare bibliografică.

Scopul autorilor nu a fost de a face să apară un tratat de radiologie cardiacă ci să prezinte un Atlas, adică de a da cititorilor şi mai ales prin imagini, o privire asupra confruntărilor dintre bolnav şi observaţiunea clinică şi radiografiile sale.

Planul lucrării:

Prima parte: Generalităţi: I. Utilitatea examenului radiologic cardiovascular; II.. Metodele de investigaţiuni radiologice. — Technicele.

A doua parte: I. Morfologie; II. Anatomie radiologică; III. Măsurători; IV. Radiokymograme; V. Particularităţile anumitor siluete cardio-vasculare.

A treia parte: Inima patologică: I. Cardio-vulvitele mitrale; Sigmoidele aortice; II. Afecţiunile congenitale: Anatomo-radiologia inimei şi a vaselor mari. — Aspecte particulare a fiecărui tip de malformaţiune; III. Cardiopatiile arteriale: Aorto-miocarditele. — Miocarditele cronice. — Arteritele pulmonare. — Hipertensiunea arterială; IV.. Afecţiunile pericardice: Epanşamentele lichide ale pericardului. — V. Insuficienţele ventriculare drepte, stângi şi totale. — Hipertrofie şi dilatare. — Corpii străini intracardiaci şi mediastinali. — VII. Imagini toracice de interpretare dificilă: Neoplasme mediastinale. — Tumori tiroidiene atârnânde. — Adenopatii mediastinale.

Bibliografie. — Index alfabetic.—Tabla de materii.

La Ponction de Péricarde, en particulier par voie épigastrique sous-xiphoïdienne, par D. B. Marfan, professeur honoraire à a Faculté de médecine de Paris. Membre de l'Académie de médecine. Un volum de 76 pagini, cu 3 figuri (Collection Médecine et Chirurgie, Recherches et Applications, no. II.). . . . . 12 fr.

Diagnosticul revărsărilor pericardice este greu; pentru ce, se întreabă autorul, nu se sondează cavitatea pericardică cu acul cum se face cu pleura meningele, seroasele articulare şi peritoneul? Această punctie nu ar servi numai la diagnostic: evacuând epanşamentul, ea poate decomprima inima, să uşureze şi dispneea şi durerea, să amelioreze circulaţia putând suprima sau slăbi un focar septic.

Autorul, în 1911 a propus un procedeu nou de paracenteza pericardului prezentând într'un mare număr de cazuri avantajii asupra celor precedente. Acest procedeu este expus în această broşură. El a fost aplicat într'un aşa mare număr de cazuri încât a dovedit că este aplicabil la cele mai multe epanşamente, putând asigura diagnosticul, să uşureze bolnavul şi în anumite cazuri să contribue la vindecare.

LABORATOIRES G. EDGARD-ROSA
PARIS

Tonic hepatic – Diuretic – Cholesterolitic – Favorizant al metabolismului ureii și cholesterolului

CHOPHYTOL

Picături: 30—120 pe zi, la mese.
Dragee: 6—12 pe zi, la mese.
Injecții: 1—2 pe zi intramuscular sau intravenos.

Disolvant al Acidului Uric. – Diuretic – Cholesterolitic

CYNUROL

Dragee: 6—12 pe zi la mese.

Reprezentant: Farm. G. SIMONIU, BUCUREȘTI III, Bd. Vintilă Brătianu No. 5. Tel. 2.79.50

LABORATOIRE DE L'OZOTHINE
PARIS 16-e

Un produs nou în terapeutică

OZOTHINE

(Soluție apoasă de terebentină 2%)
după procedeul Sauvage

TRATAMENT AL AFECȚIUNILOR APARATULUI RESPIRATOR

INJECȚII: Intramusculare, intravenoase, intratracheale și intrabronchice. { 2 cc. 5 cc. 10 cc.
CAPSULE

REPREZENTANT:
Farm. G. SIMONIU
București III. Bulev. Vintilă Brătianu No. 5
Tel. 2.79.50

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL
Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții subcutane în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Estetica Feței
VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

PRODUSE ORIGINALE ROMÂNEȘTI „LABORATORUL HELIOS"

Tratamentul Br. sub forma cea mai ideală și eficace.

NEUROCALMIA

—Etherii borneolului și acidului izovalerianic—Na. Br. — Phenil dimethylizopirazolon— Alcaloizii din Spartium Scoparium.
Flc. orig. 250 gr.
1—6 linguriță pe zi.

Angor-Pectoris-Hipertensiune Aortita cronică,

ANGIOSEDIN

CASCHETE
Phenylethylmalonilcarbamid 0.03 gr. Teophilin-ethylen diamin 0.05—Papaverin 0.02, Chinidină 0.10—Dimethyl dioxipurine 0.25 gr.
2—3 caschete pe zi.

REUMATISM
Acut, cronic, sciatică, lumbago, mialgii, astralgii, etc.

POLYSAL

Salicilat de Ca.—Na. K.
Fiole 5% à 10 cc. intravenos.
Sirop. 10%.
Fiole: 1—3 inj. pe zi.
Sirop: 1—3 linguri pe zi.

ASTENIE NERVOASĂ—SURMENAJ—ANEMIE—DEBILITATE

SER NEURODINAMIC A.

Na. glicerophosphoric 0.10 gr.
Methylarsenat disodic 0.05 gr.
Strichnin Sulfuric 0.001 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile

SER NEURODINAMIC B.

Na. glicerophosphoric 0.10 gr.
Strichnin sulfuric 0.0015 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile

SER NEURODINAMIC C.

Na. glicerophosphoric 0.03 gr.
Fer. glicerophosphoric 0.02 gr.
Methylarsenat disodic 0.03 gr.
Strichnin sulfuric 0.0015 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile

Repr. Generală, Farmacia G. D. VASILIU-CERB, București Calea Victoriei No. 70
Preparatele se găsesc p. farmaciile și droguerille din întreaga țară la toate depozitele de En-gros din Capitală.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Un apel al d-lui Ministru al Sănătăţii pentru ajutorarea celor suferinzi şi lipsiti.

D. medic general dr. N. Marinescu, ministrul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale, a adresat oamenilor de bine următorul apel:

«Pentru apărarea sănătăţii noastre a tuturor; pentru a întări acţiunea de apărare împotriva boalelor infecţioase şi contagioase; pentru a veni în ajutorul celor mulţi, celor suferinzi şi celor lipsiţi, fac apel la întreg corpul medical al ţării, la întreg personalul sanitar inferior, la toţi acei ce au cunoscut lipsa şi suferinţa, la toţi oamenii de bine să vină în ajutorul acestei opere contribuind fiecare cu rufăria ce are de prisos, cu cel puţin o cămaşe.

Toate aceste contribuţiuni se vor strânge în toată ţara prin medicii primari de judeţ şi de circumscripţie şi de medicii şefi ai oraşelor sau municipiilor cari vor fi înştiinţaţi pe orice cale pentru a trimite să le ridice».

Medic general dr. *N. MARINESCU*
Ministrul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale

O propunere bună: Ieftenirea zahărului pentru ţărani

Problema alimentaţiei clasei noastre rurale, rămâne încă în actualitate, aşteptând o soluţionare definitivă de la evoluţia economică şi culturală a ţărănimii româneşti.

Studii publicate recent asupra alimentaţiei de Profesorul *Benetato* de la Cluj şi de *D-rul I. Claudian* dela Bucreşti, au arătat pe plan ştiinţific şi social gravitatea şi proporţiile problemei.

Suntem siguri că această chestiune preocupă mai mult decât oricând, conducerea de Stat şi sperăm că se vor aduce unele ameliorări.

Pentru moment ţinem să subliniem, o foarte bună propunere pe care o face D. *Pamfil Şeicaru*, într'un articol recent. Aceia de a se efteni foarte mult zahărul pentru ţărani.

In prezent consumul zahărului în mediul rural este extrem de redus. Dacă Statul ar renunţa la impozitul de 15 lei pe kilogram, acest aliment de primă necesitate s'ar putea vinde, — la ţară, cu 16 — 17 lei kilogramul, devenind astfel mult mai accesibil bugetelor aşa de reduse ale gospodăriilor ţărăneşti.

Sperăm că această propunere, va putea fi realizată, ameliorându-se astfel, alimentaţia ţăranilor noştri.

Crearea a 50 de Circumscripţii medicale noui în mediul rural.

Prin bugetul anului în curs, Ministerul Sănătăţei a creat 50 de circumscripţii medicale noui în mediul rural şi ele vor intra în curând în funcţiune.

Aceste circumscripţii medicale au fost repartizate în modul următor:

Câte 6 în inspectoratele Bucegi şi Marea; câte 5 în inspectoratele Prut, Olt, Someş, Nistru, Mureş, Timiş; câte 4 în inspectoratele Dunărea de Jos şi Suceava.

Prin această măsură numărul medicilor de circumscripţie a sporit la 1514 contribuindu-se astfel la asigurarea unei mai bune asistenţe medicale şi sanitare în mediul rural.

O carte interesantă: „Elemente de biometrie medicală şi statistică vitală"

D. dr. P. Râmneanţu, şef de secţie la Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Cluj, a publicat de curând o interesantă lucrare, de mari proporţii, intitulată: «Elemente de Biometrie medicală şi statistică vitală».

Pentru o mai bună informaţie a cititorilor noştri asupra acestei lucrări, reproducem prefaţa scrisă de Dl. Dr. *Juliu Moldovan:*

«Imi fac o deosebită plăcere să prefaţez acest manual de biometrie şi biostatistică românească şi să-mi exprim deplina satisfacţie pentru felul cum colegul Dr. *Râmneanţu* a reuşit să desăvârşească o lucrare de cea mai mare însemnătate şi în cel mai potrivit moment.

Urmărirea evoluţiei calitative şi în deosebi cantitative a fenomenelor vitale a devenit în ultimul timp o îndatorire de covârşitoare însemnătate obştească. Biometria şi biostatistica azi nu mai sunt rezervate exclusiv birourilor de specialitate destinate studiului savant sau înregistrării oficiale. Ele servesc tot mai mult ca bază solidă pentru controlul şi îndrumarea activităţii în toate serviciile cari au în grija lor, din orice punct de vedere, colectivităţi umane. Şi este firesc, ca îndeosebi serviciul sanitar să fie obligat a face necontenit apel la aceste noui mijloace de cercetare, atât pentru controlul şi îndrumarea activităţii curente, cât şi pentru previziunea viitorului şi acomodarea programului de muncă.

Pe lângă acest fapt al actualităţii, lucrarea D-rului Râmneanţu mai are meritul deosebit de a fi întrebuinţat ca material documentar în primul rând date privind ţara noastră, date rezultate în mare parte din cercetări proprii şi recente. In acest fel materia ne este mai apropiată, interesul mai viu, lectura mai captivantă şi dincolo de atenţia pentru importantele probleme expuse, se stimulează şi se întăreşte interesul pentru marea problemă a viitorului nostru demografic.

Sunt sigur, că atât pentru motivele arătate, cât şi pentru claritatea, obiectivitatea şi preciziunea expunerii, cartea D-rului Râmneanţu va avea răsunetul larg, pe deplin meritat».

Al XIII-lea Congres român de oto-rino-laringologie

In zilele de 25 şi 26 Octombrie 1939 a avut loc în amfiteatrul cel mare al Spitalului Colţea, cel de-al XVII-lea Congres român de Oto-Rino-Laringologie, sub preşedinţia d-lui dr. Predescu-Rion, având secretar general pe d. Virgil Racoveanu.

Au expus lucrări de otologie d-nii: Prof. Parhon şi Predescu-Rion, Prof. Gh. Buzoianu, Conf. Stroe Aurel, d-na dr. Marin şi dr. Mirescu Al.; Gârbea St. Bodea, E., Smolenski, conf. D. Tempea şi Iuliu Herşcovici, dr. Al. Dumitrescu, doc. dr. Birman-Bera, doc. dr. Fotiade.

Lucări de rhinologie: conf. dr. Tempea, d-ra dr. Brancovici şi V. Artene, dr. Lăzeanu şi Antoniade Marta, dr. Racoveanu, Mirescu Al., Georgescu V., St. Gârbea, E. Csillag, Popescu Gabriel.

Lucrări de Buco-Faringo-Laringologie: D-ri D. Paulian şi M. Cardaş, Prof. Predescu- Rion, prof. Buzoianu, dr. Gh. Popovici, conf. Tempea, dr. V. Arteni, dr. M. Lăzeanu, Em. Dumitrescu, Racoveanu V., Mirescu Al., Georgescu V. doc. dr. D. Vasiliu şi Al. Dumitrescu.

Lucrări de Broncho-Esofagoscopie şi diverse: Dr. V. Brătescu, Lăzeanu M., M. Antoniade, Doc. D. Vasiliu, Târnoveanu Basil, Dusescu Al.. V. Arteni.

Circumscripţiile medicale ale Municipiului Bucureşti

Serviciul Sanitar al Sectorului I Galben

Medicul şef al sect. I Galben şi circ. 3-a sanitară urbană. dr Gancevici Ioan, dr. Dornescu A., str. Romană nr 137, telefon 2.70.46.

Circ. I-a sanitară urbană. dr. Niţescu El., comuna Băneasa

Circ. II-a sanitară urbană, dr. Nicolaescu T., dr. Gădescu Jeana, str. Ferentari nr. 5, telefon 2.93.61.

Circ. II-a sanitară suburbană, dr. Niţescu El., comuna Herăstrău (la proprietar), telefon 2.43.45.

Centru 3 sănătate şi maternitate Maşina de Pâine, dr. Vasilco Ovidiu, dr.

Niculescu M., Maşina de Pâine nr. 47, telefon 2.14.10.

Servieiul Sanitar al Sectorului II Negru

Medicul şef al sect. II Negru şi circ. 5-a sanitară urbană, dr. Romaşcanu A., dr. Ghizdăvescu C., dr. Răzvan Maria, str. Dr. Burghelea, nr. 18, telefon 4.34.99.

Circ. 4 sanitară urbană, dr. Păltineanu Ulp., dr. Dumitru Nicolae, b-dul g-ral Mărăşescu, nr. 24, telefon 2.70.5

Circ. 4 sanitară suburbană, dr. Cârâc Giorgian, comuna Colentina, str. Regina Maria nr. 35, telefon 2.71.08.

Circ. 5 sănătate, dr. Naum Gheorghe, str. Turturele nr. 2, tel. 3.56.36.

Circ. 5 sanitară suburbană, dr. Ionescu Vasile, şos. Pantelimon nr. 226. telefon 2.53.28

Circ. 6 sanitară urbană, dr. Sever Elian, dr. Georgescu Horaţiu, calea Dudeşti nr. 125, telefon 4.35.28.

Circ. 6 sanitară, dr. Dumitrescu A. str. Nouă nr. 10, telefon 4.36.51

Circ. sanitară suburbană, dr. Hrubes A., comuna Dudeşti-Cioplea, telefon 4.51.79.

Serviciul Sanitar al Sectorului III Albastru

Medicul şef al sect. III Albastru şi circ. 8 sanitară urbană, dr. Voiculescu V., dr. Baludima Gh., dr. Tărărăscu N. b-dul Maria 48, tel. 4.39.61.

Centrul 7 sănătate, dr. Zissu Elefterie, str. Sultzer nr. 22, telefon 3.56.35

Circ. 7 sanitară urbană, dr. Zega Atanase, dr. Naum Gheorghe, calea Şerban Vodă nr. 185, telefon 4.39.37.

Circ. 6 sanitară suburbană, dr. Vornicelu Horia, comuna Popeşti-Leordeni, telefon 4.51.79.

Circ. 8 sanitară suburbană, dr. Cârâc Georgian, comuna Şerban Vodă, telefon 5.54.51.

Centrul 9 sănătate, dr. Manoliu Ioan, b-dul Regele Carol II, nr. 29, telefon 4.41.82.

Circ. 9 sanitară suburbană, dr. Raicoviceanu A., comuna Lupeasca, prel. calea Rahovei nr. 35, telefon 4.51.42.

Serviciul Sanitar al Sectorului IV Verde

Medic şef al sectorului IV Verde şi circ. 10 sanitară urbană, dr. Scorţeanu Gh., dr. Vasiliu Gh., dr. Doicescu Nic., str. Ştirbei vodă nr. 132, telefon 4.41.57.

Circ. 10 sanitară suburbană, dr. Gheorghe Matei, comuna Militari, telefon 4.52.44.

Circ. 11 sanitară urbană, dr. Petrescu Mih., cal. Griviţei nr. 182, telef. 4.42.62.

Centrul XI sanitar, dr. Komorowski Tr., b-dul g-ral Clunet nr. 58, telefon 4.42.32.

Centrul XII sănătate, dr. Gancevici I. H., str. V. Gherghel, telefon 3.66.31.

Subcentrul 12 sănătate, dr. Eremia Popescu, comuna Griviţa, str. Nufărului 18, telefon 3.18.61.

BIBLIOGRAFII

Istoricul oftamologiei şi al învăţământului oftalmologic din România, de **Dr. I. Glăvan** medic primar de spital. Fost asistent al clinicei oftalmologice din Cluj.

Având un material strâns cu multă îngrijire, acest volum reprezintă prima lucrare de ansamblu asupra trecutului şi învăţământului nostru oftalmologic.

Autorul înfăţişează cu meticulozitate şi preciziune toate datele evolutive ale acestei ramuri medicale ca şi toate numele celor ce au făcut-o să progreseze, orânduite în mod cronologic.

Este alcătuită atât din date scoase la iveală de autor cât şi din cele culese din lucrările d-lor dr. *V. Gomoiu*, prof. *Bologa* şi dr. *Crăiniceanu*.

Volumul se termină cu o bibliografie complectă a lucrărilor oftalmologice, apărute, în ţară între anii 1860 — 1902.

Frumos tipărită, scrisă într'un stil simplu şi atrăgător, această lucrare constitue o lectură plăcută şi utilă.

Les principales positions utilisées en Radiographie (Technique, Indications, Resultats par L. Delherm et H. Morel Kahn. Electroradiologistes des Hôpitaux. Chef du Service. Chef adjoint du Service d'Electroradiologie de l'Hôpital de la Pitié. *Librairie Maloine.* Un volum 16 × 25, 220 pagini 165 figuri pe hârtie chromo 120 fr. broşat.

Această a doua ediţie, revăzută şi complectată, cu o iconografie nouă păstrează acelaşi caracter practic.

Fără a avea pretenţiunea să fie complecţi, autorii s'au străduit să expună tehnicele întrebuinţate în mod curent, fără să uite pe acelea care sunt mai puţin uzitate, dar la care se recurge uneori.

Planul lucrărei nu a fost modificat. Pentru fiecare regiune studiată, cititorul va găsi:

1. Descrîerea principalelor poziţiuni utilizate în radiografie cu precauţiunile ce trebue să le luăm;
2. Rezultatele obţinute;
3. Principalele indicaţiuni;
4. Din punct de vedere iconografic, fotografia poziţiunei descrise, şi un clişeu radiografic arătând ceia-ce se poate obţine.

Cum domeniul radio-diagnosticului se întinde pe fiecare zi ce terece, autorii au găsit interesant să adauge datelor clasice, anumite technice preconizate pentru examenul regiunilor cari, până în ultimii ani, scăpau exploraţiunei radiologice ca: aparatul faringo-laringeu, sau glanda mamară. Au considerat, de asemeni că problema localizărei corpilor străini, meritând să se pună des în serviciile radiologice, nu poate fi trecută sub tăcere. De aceia, ei au expus-o pe scurt.

Scopul acestui volum este să permită tuturor radiologilor să realizeze cu mijloacele actuale de cari dispun, radiografiile cele mai curente, iar radiologistul consumat va şti, fără dificultate, să le aplice în condiţiuni particulare, sau technicele speciale, cari ar putea fi impuse de starea bolnavilor sau răniţilor.

Conceput pentru a avea locul său marcat în orice serviciu de radiologie, unde este necesar totdeauna să existe o sursă de informaţiuni technice, acest volum va interesa pe toţi cei ce se iniţiază în Radiologie, pe practicienii cărora le va indica procedeele clasice şi aplicaţiunea lor corectă.

«Dietetique et Radiesthesie». «Votre regime au pendule» par le **Dr. Verut,** de **Charly** (Aisne), Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris. *Librairie Maloine, Paris.* Un volum . . . . . .12 Fr.

Această lucrare nu este un catechism al aspirantului radiestezist nici o pledoarie doctrinală pentru Radiestezia medicală: Când o manipulează cineva ca autorul de mai mult de patru ani în scop clinic, posedă un dosar de un aşa volum, încât este suficient să expună cazurile cele mai tipice pentru ca să câştige convingerea.

Aceasta este substanţa celei de a doua părţi a lucrărei sale: «Câteva stări patologice». Menţionăm în primul rând trei observaţiuni amănunţite ale unui astm inveterat (5 ani) imediat ameliorat, a unui ulcer «varicos» datând de 7 ani, vindecat în 3 săptămâni, şi acela al unei enterite de 10 ani, lichidată în câteva zile, totul numai cu regimurile dictate de pendul; trebue să mărturisim că nimeni nu ar fi putut fără ajutorul acestui misterios «consultant intern», să stabilească sau chiar să bănuiască ordonanţa.

In prima parte, autorul trece în revistă toate alimentele usuale judecate din punct de vedere radiestezic.

O a treia parte arată la ce nebănuită preciziune, ajunge — şi poate numai ea — radiestezia. Dar, tocmai din această extremă preciziune, rezultă pericolul pe care-l poate prezenta radiestezia în mâini profane.

L'Année pédiatrique, première année publiée en 1939 par **Robert Broca et Iulien Marie.** Anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Préface du Professeur *Robert Debré, Masson et C-ie, Éditeurs* Un volum de 168 pagini cu 46 figuri 25 fr.

«L'année Pédiatrique» care va apărea în fiecare an, va cuprinde asupra fiecărei chestiuni tratate o expunere fidelă şi practică numai asupra faptelor precis stabilite, autorii ţintind să facă cunoscute medicilor numai noţiunile necesare şi utile.

CYTO • SERUM - CALCIUM • CORBIÈRE - HEMO • CYTO • SERUM

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris

Exclusivitate Generală pentru România „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ● București I, Str. Sf. Ionică No. 8

NOTIȚE TERAPEUTICE

Contribuțiuni la auxo-terapia tuberculozei pulmonare: Camfo-Sulfonatul de calciu și colină

de Dr. D. HAGIESCU,
medic șef
Dr. G. BAZAVAN și Dr. M. CRIȘCOTA

In tuberculoza pulmonară, încercările terapeutice își pot găsi totdeauna o justificare date fiind slabele rezultate obținute până în prezent cu obișnuitele combinațiuni chimice.

Pornind dela o serie de argumente teoretice, pe care le vom reda mai jos, autorii au studiat un complex chimic ale cărui componente sunt: colina, calciul, sulful și camforul.

I. Colina și-a găsit o amplă utilizare în tratamentul tuberculozei pulmonare în urma cercetărilor lui Charles și Leuret. Ei au constatat un raport strâns între evoluția tuberculozei pulmonare și gradul colesterolemiei. Colina fiind unul din factorii importanți în geneza colesterolului endogen, a fost considerată de Charles și Leuret ca foarte indicată în acest scop.

Ei au constatat administrând colină·

modificări clinice categorice

modificări radiologice importante

creșterea colesterolului sanghin.

ameliorarea raportului colestero-glicemic

ameliorarea tabloului sanghin.

Cercetări clinice și experimentale făcute cu colină au dovedit că această substanță; are o acțune favorabilă asupra tabloului sanghin (Danielopol), stimulează secreținea și motilitatea gastrică, diminuă sudorile (Villaret și Bensançon); în general colina are o bună influență asupra nutriției generale.

II. Sulful nu a făcut până acum parte din arsenalul chimio-terapeutic curent al tuberculozei pulmonare; el este însă un vechiu medicament al afecțiunilor cronice netuberculoase. Plămânii constituesc cu alte organe a devărate rezervorii de sulf.

Ficatul și capsulele suprarenale cari prezintă foarte des turburări funcționale în tuberculoză, sunt deasemenea bogate în sulf și buna lor funcționare depinde în mare măsură de rezerva lor în sulf.

In general se admite că în tuberculoză sulful eliminat depășește cantitatea ingerată. (L. Bory după Ott).

Probabil că thiopexia se face insuficient din cauza leziunilor ficatului și atunci excesul de sulf trece în circulație și de aci în urină sub formă de sulf neutru.

Rolul terapeutic ce se poate atribui sulfului în tuberculoză este foarte mare.

Hiposulfitul de sodiu se întrebuințează cu succes în tratamentul manifestărilor de sensibilizare datorite aurului sau chiar ca medicație autonomă în tratamentul tuberculozei.

Acțiunea sa se admite că s'ar datori fie glutathionului sanghin, fie acțiunii directe a sulfului absorbit.

Se admite îngeneral că efectul favorabil al sărurilor de aur, s'ar datora în bună parte radicalului sulf, care intră în compoziția celor mai multe preparate de aur.

Glutathiomul care este o glutamylcisteină, este recent recomandat ca un calcifixator.

III. Calciul. Excluzând acțiunea sa remineralizantă pe care nu o credem reeală, el păstrează în terapia tuberculozei indicațiuni precise: hemostatic, echilibrant, vegetativ, tonicardiac, antiexudativ, diuretic, desensibilizant.

Camforul, desensibilizant pulmonar și tonicardiac este o medicație ajutătoare recunoscută în tuberculoză.

* * *

Autorii găsesc foarte indicată asocierea celor 4 elemente a căror farmaco-dinamie au descris'o, de aceea au studiat efectul terapeutic al camfosulfonatului de calciu și colină, comercializat sub denumirea *Camfoton.*

Au studiat 45 de bolnavi de ambele sexe dela 10 — 60 ani.

Criteriile de ameliorare au fost: temperatura, greutatea, apetitul, hemorama, sedimentarea hematiilor, starea clinică locală și radiologică.

Bolnavii au fost tratați ambulatoriu cu instrucțiunea precisă ca în tot restul zilei, să urmeze la domiciliu, cu strictețe prescripțiunile higieno-dietetice.

Impresiunea generală care s'a degajat din studiul bolnavilor a fost bună.

In 65% din cazuri au observat scăderi importante ale temperaturei cu normalizare pe toată durata observației sau cu menținerea unui nivel subfebril.

Apetitul a crescut în mod apreciabil.

Greutatea a crescut de asemeni la mulți dintre bolnavi.

Sudorile dispar în mod surprinzător de repede și reducerea acestui simptom care alarmează atât de mult pe bolnavi le dă o stare de euforie remarcabilă.

La mulți bolnavi, cari anterior aveau o anemie de tip secundar, la sfârșitul tratamentului au observat o creștere de 100.000 — 200.000 hematii ca și creșterea hemoglobinei.

Toate aceste rezultate favorabile au o durată care depășește de obiceiu 30 de zile, din această cauză tratamentul trebue reluat la 1 — 2 luni.

In concluzie autorii cred că soluția de camfosulfonat de calciu și clohidrat de colină poate fi cu folos întrebuințată în tratamentul auxiliar al tuberculozei pulmonare dând o vădită ameliorare a stării generale.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 şi 1000 unităţi internaţionale.
Fiole de 100 şi 20.000 unităţi internaţionale, în soluţie apoasă.
Fiole de 1000, 10.000 şi 50.000 unităţi internaţionale, în soluţie uleioasă.

Hormonul antehipofizar gonadotrop
extras din urină de gravidă

GLANDUANTIN

Fiole şi tablete, titrate pe unităţi.

Fiole de 20 unităţi şoarece. Tablete de 150 unităţi

Remediul sigur al durerilor de orice natură:

Veropyron

Pulbere şi Tablete

STÉRANDRYL

Dr. ROUSSEL

Soluție uleioasă de Propionat de Testosteron dozat în miligrame.

Clasificarea indicațiunilor corespunzătoare dozajelor de:

5 MILIGRAME

La Bărbați

NU ESTE INDICAT

La Băieți

NU ESTE INDICAT

La Femei

Congestii mamare dureroase, pre sau intermenstruale.
Mastopatii cronice nodulare sau chistice.
Hipermenoree.
Dismenoree.
Metroragii datorite fibroamelor.
Turburări urinare și neurovegetative de castrație.
Frigiditate sexuală.

10 MILIGRAME

La Bărbați

Astenii ușoare și medii. Surmenaj intelectual, Insomnii, Diminuarea forțelor fizice.
Manifestările bătrâneții. Pierderea tonusului muscular sau intelectual.
Stări depresive. Psihastenii.
Turburările așa zise de menopauză masculină (nevroze cardiace, prurite scrotale și anale, astenii senile etc.)
Prostatisme ușoare (polakiurie, disurie, congestii prostatice).

La Băieți

Intârzierea pubertății.
Sindromul adiposo-genital.

La Femei

NU ESTE INDICAT

25 MILIGRAME

La Bărbați

Astenii grave.
Accidente urinare serioase datorite prostatismului (Crize de retenție, Atonie cu rezidiu vesical).
Hipertrofia de prostată.
Hipogenitalism. Scăderea potențialului sexual. Impotența. (Insuficiența testiculară).

La Băieți

NU ESTE INDICAT

La Femei

NU ESTE INDICAT

Laboratoarele Dr. Roussel—Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei BUCUREŞTI III Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVII. No. 22 — 10 Lei Exemplarul — 15 Noembrie 1939

BIBLIOTECA CENTR...

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 141/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

Lecţia inaugurală a D-lui Prof. Dr. Dan Theodorescu

Cuvântarea D-lui Profesor Dr. D. Mezincescu, Decanul Facultăţei de medicină 281

Lecţiunea D-lui Profesor Dr. Dan Theodorescu 281

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. T. A. TANAŞOCA: *Lupta contra reumatismului* 289

Dr. TRAIAN KATZ-GALAŢI: *Un nou progres al chimioterapiei blenoragiei.* 286

Pagina

VIAŢA MEDICALĂ

Profesor Dr. P. TOMESCU: *Problema generaţiilor în medicina românească.* II. *Generaţia tânără* . . 294

CONGRESE

Dr. S. ŢOVARU: *Al X-lea Congres Naţional de Chirurgie* 292

REVISTA CĂRŢILOR

Dr. Olimpia O. Hagiopol: Contribuţiuni la studiul hipovitaminozei C. şi B. în graviditate, recenzat de Dr. L. Nissim 293

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Congresul anual al Societăţii Române de O. R. L.; Concursuri de medici pentru Spitalele şi ambulatoriile C. F. R. 295

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei 296

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du ménisque intervertébral, (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

Analgezic, antireumatic, antipiretic

NOVALGIN

Inlocueşte morfina chiar în cazuri grave de colică hepatică şi renală

Administrare per os şi în injecţiuni.
In tablete, fiole şi flacoane picătoare.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.85 şi 3.92.86. Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

IN TOATE CAZURILE DE

TUBERCULOZA EXTRAPULMONARA

RUBROPHEN

Injecţiuni — Drageuri — Pomadă.

Literatura la dispoziţia domnilor medici.

Costul de fabricaţie fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie mostre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

VALIDOL

SEDATIV

UȘOR ȘI ANALEPTIC
ÎN ACELAȘ TIMP

Picături: Flacoane cu 5 și 10 g
Comprimate: Tuburi cu 10 și 20 bucăți
Perle: Cutii cu 10 bucăți
Flacoane cu 25 bucăți
Precum și: Brom-Validol Comprimate și
Validol camphorat în picături

Prescris de decenii în stările de anexietate și fobii nervoase

Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co., G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

NEOHEXAL

(acid sulfosalicilic+hexametilentetramină

In infecțiunile genito-urinare
In infecțiunile generale (gripe, etc.)
Ușor solubil
Neiritant
Desinfectant puternic

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin-Britz
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek,
București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti VI. Tel.: 5.51.51

Detavit

Emulsiune cu vitamina A + D cu gust plăcut.

Fortifiant general excelent, în inapetenţă, anemie, debilitate, stări de oboseală etc.
Flacon cu 125 gr.

Vogan

Vitamina A în soluţie oleioasă.

Prezintă avantajul de a permite administrarea vitaminei A fără mari cantităţi de untură de peşte.
Flacon picurător de 5 cmc.
Cutie cu 50 drageuri.

Producătorii comuni:

»Bayer«
LEVERKUSEN

E. Merck
DARMSTADT

«ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53.
«ROMIGEFA» S. A. R. Cluj. Calea Moţilor 18.

„CHIMIROMAN"
BUCUREŞTI, I., Str. Th. G. Masarik 32

Anul XVII. No. 22 10 Lei Exemplarul 15 Noembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Lecțiunea inaugurală a D-lui Profesor Dr. Dan Theodorescu

D-l Profesor Dr. Dan Theodorescu titularul catedrei de Clinică stomatologică, nou creată la Facultatea de medicină din București, a ținut lecțiunea sa inaugurală Miercuri 25 Octombrie a. c.

Au luat parte la această frumoasă solemnitate, Rectorul Universității, Corpul profesoral al Facultății, numeroși membri ai corpului didactic, foarte mulți medici și studenți.

Cuvântarea D-lui Profesor Dr. D. Mezincescu,

Decanul Facultății de medicină

Domnilor Profesori,
Domnilor Studenți,
Doamnelor și Domnilor,

Este pentru mine o deosebită plăcere de a prezida în calitate de decan lecția inaugurală a d-lui Prof. *Dan Theodorescu,* primul profesor de clinică stomatologică al Facultății noastre.

Intâmplarea a făcut, ca aproape 10 ani în urmă, să-mi fi revenit tot mie sarcina de a pune bazele învățământului acestei discipline, amenajând ca efor al Spitalelor civile actualul serviciu stomatologic de la spitalul Colțea, cu materialul obținut prin stăruința mea dela Ministerul Sănătății în contul despăgubirilor de război. Este firesc, prin urmare, să am astăzi o deosebită mulțumire la instalarea în calitate de profesor a conducătorului acestui serviciu. Mulțumirea este cu atât mai mare cu cât este vorba de o persoană de pregătirea și valoarea științifică a d-lui Dan Theodorescu.

Sunt convins că numirea d-lui *Dan Theodorescu* va însemna o piatră de hotar în evoluția învățământului stomatologic.

Prin legea din 1926, dentistica a intrat în chip definitiv în cadrul medical propriu zis și s'a fixat astfel caracterul strict universitar al învățământului ei. Inființarea catedrei de clinică stomatologică este prima etapă în organizarea acestui învățământ. Incredințând această catedră unei persoane care și-a făcut întreaga educație de bază în cadrul chirurgiei generale, Facultatea de medicină a vrut să arate că socotește stomatologia drept o specialitate chirurgicală.

Cu toate lipsurile și neajunsurile de cari suferă la Facultatea noastră învățământul stomatologiei, n'am nici o îndoială că Profesorul *Dan Theodorescu* va ști să facă din el ceeace trebue să fie. Tin să-l asigur, atât în calitate de Efor al Spitalelor civile, că îi voi da tot ajutorul ce-mi stă în putință, pentru ca să poată împlini nevoile așa de importante și așa de urgente cărora trebue să le facă față și nu mă îndoiesc că și Ministerul Sănătății, direct interesat la prosperitatea învățământului medical, ne va da tot concursul său în acest scop.

Cu aceste speranțe, urez d-lui Profesor *Dan Theodorescu* o carieră cât mai rodnică și îi dau cuvântul.

Lecțiunea inaugurală a D-lui Profesor Dr. Dan Theodorescu

Domnule Decan,

Vă mulțumesc pentru cuvintele de bună primire, dar să-mi dați voe să le interpretez ca o recunoaștere solemnă a însemnătății stomatologiei, care este astăzi încadrată în Facultatea de medicină, acolo unde îi este menirea.

Dv., d-le Decan, ați fost un convins și credincios sprijinitor al învățământului stomatologic și puțini poate știu că primul serviciu de stomatologie dela spitalul Colțea, unde se adăpostește clinica, este opera eforului Mezincescu.

Anii lungi puși în slujba Eforiei și Facultății de medicină mi-au dat putința să vă cunosc munca desfășurată în slujba binelui, o muncă uriașă dusă până la uitarea de sine, până la sacrificiul acelei atmosfere de simpatie atât de cultivată de unii. Cu riscul de a deveni antipatic, profesorul Mezincescu, Decan și Efor, trece peste aceste mărunte aprecieri și muncește hotărât, fără răgaz, cu pasiune, numai pentru binele bolnavilor nevoiași și propășirea învățământului medical.

Domnule Rector,
Domnilor Profesori,
Doamnelor și Domnilor,
Iubiți Studenți,

In acest amfiteatru, unde, acum aproape 20 ani, ascultam modest, pierdut într'un colț de bancă, pitorestile lecții de anatomie ale d-rului Duma, mă văd astăzi ridicat la cea mai înaltă treaptă a erarhiei universitare.

Ca un reflex normal, în clipele de mare emoție, de adâncă mulțumire, simțim nevoia să măsurăm prin perspectiva timpului, rezultatul sforțărilor noastre.

Văd astfel, copilăria mea fericită la Tulcea în acel colț atât de pitoresc al Dobrogei, unde frumusețile naturii se îmbină atât de minunat cu urmele vâltorilor cari au sguduit patetic acele locuri. In acel colț impregnat de latinitate, scăldat de apele Dunării, atât de schimbătoare, când întunecoasă cum e pământul, când albastră cum este cerul în lumina asfințitului, acolo, unde zilele de vară sunt atât de luminoase, unde iarna mai aprigă ca nicăeri, oprește parcă viața în loc, acolo s'au scurs domol, pe nesimțite, zilele fără de grijă ale copilăriei.

Imi amintesc cu duioșie de dealurile cu morile de vânt, rotind alene în bătaia ușoară a vântului, după cum văd întinsul nesfârșit al bălților și stuful înviorat de primele adieri ale primăverii.

Toate acestea au trecut repede și au venit vremurile de aprigă frământare pentru unitatea națională și noi, adolescenții de atunci, am avut suprema fericire de a fi trăit acele neuitate momente de înălțare vijelioasă a românismului.

A venit apoi războiul cel mare și necopt încă, am gustat din plin amărăciunea părăsirii căminului și a locurilor de cari mă legau toată copilăria mea. In acele zile mohorâte și reci de iarnă timpurie, am simțit durerea refugiului, volbura războiului apocaliptic curmând scurt și neîndurat viața noastră fericită.

La întoarcere, am găsit căminul nostru răvășit de urgia războiului și am văzut părinții mei făcându-și un nou cămin cu acea hotărâre neclintită de vechi coloniști dobrogeni.

Exemplul de sacrificiu și de stăpânire de sine pe care l'am admirat la părinții mei în acele momente grele mi-a rămas întipărit, iar dragostea lor ocrotitoare ne-a scăpat pe noi

copii din ghiarele primejdiilor şi nu ne-au lăsat pradă nevoilor.

Ţin deci, ca cel dintâi omagiu de caldă recunoştinţă, să-l aduc părinţilor mei, cari au ocrotit copilăria mea cari m'au făcut să iubesc munca cinstită, cari m'au învăţat să cântăresc fericirea cu măsura efortului, cari m'au făcut să înţeleg că mulţumire nu-ţi poate da decât conştiinţa îndatoririlor împlinite.

Munca şi sacrificiile lor îşi găsesc azi o binemeritată recompensă şi sunt fericit că le-am putut-o da.

Văpaia războiului stinsă, m'am înscris la medicină la Iaşi, intrând în Institutul medico-militar, după un examen care-mi aminteşte eroismul cu care luptam, nu cu rigorile examenului, dar cu noroiul îndărătnic după dealul Frumoasa.

Inscrirea mea la medicină răspundea unui sentiment de admiraţie pentru medicii pe care i-am văzut căzând la datorie în timpul războiului şi poate unei nevoi structurale de a cerceta, de a pătrunde mecanismul acesta complex al vieţii.

Inceputul a fost destul de greu pentru noi, prima serie după război. Eram atât de numeroşi încât nu aveam loc în sălile de curs. Mi-aduc aminte de grcaza ce inspiram unora dintre profesorii noştri, când vedeau invadând sălile spitalului mulţimea aceia de studenţi, de aspect atât de inegal, unii bărbaţi, în toată firea, purtând încă haina ostăşească cu care veniseră din tranşee, alţii copii încă, abia scăpaţi după băncile şcolii.

La spitalul militar am făcut primii paşi în medicina adevărată, în medicina care trăeşte. Câtă emoţie am simţit, pătrunzând în serviciul unde întâmplarea m'a dus, acest factor pe cât de capricios pe atât de hotărâtor, serviciul de chirurgie condus de profesorul Butoianu, pe atunci medic-colonel. Acest om de o rară inteligenţă, avea un dar deosebit de a face şcoală. Pentru noi, cei cari nu mai aveam loc în sălile de curs şi 'n spitale, medicul-colonel Butcianu a fost o adevărată providenţă.

Butoianu a lăsat urme adânci în amintirea noastră. Vizitele lui în serviciu erau pentru noi fericite prilejuri de iniţiere în arta de a îngriji bolnavii. In acelaş timp, profesorul Butoianu avea sănătosul obiceiu de a verifica prin întrebări cunoştinţele noastre încă nebuloase, concretizând la urmă, expunerea lui deosebit de clară prin formule cari, parcă se sculptau în mintea noastră.

Acolo, însă, unde profesorul Butoianu şi-a desfăşurat cea mai frumoasă activitate de educator a fost în amfiteatru, ca profesor de medicină operatorie. Nimeni ca el nu stăpânea tehnica, cu acea precizie uluitoare, cu acea succesiune de gesturi, cari dădeau actului operator aspectul de perfecţiune. Cu Butoianu a dispărut o şcoală care se inspirase adânc din catehismul lui Farabeuf şi care a dat o întreagă pleiadă de îndemânateci mânuitori ai bisturiului.

Asprimea lui aparentă a contribuit ca să nu fie înţeles întotdeauna. Noi, cei cari am fost în jurul lui i-am cunoscut bunătatea, judecata lui limpede şi dragostea nemărginită pentru elevii cari se împărtăşiseră la şcoala lui. Fostul său elev îi va păstra credincios o amintire neştearsă.

Plecat în străinătate pentru studii, după obişnuitele peregrinări de orientare, m'am oprit la Salpêtrière, spitalul în care a strălucit gloria lui Charcot şi unde Terrier aplica modest, pentru prima oară în chirurgie, principiile asepsiei învăţate la Pasteur. La Salpêtrière, profesorul *Gosset* mi-a arătat secretele eleganţei gestului chirurgical, precum şi acea minuţioasă cântărire a folosului pentru bolnav înainte de a recurge la o gravă operaţie, la care poate, impetuozitatea noastră ne împinge. La Gosset am văzut un lucru foarte frumos: Odată pe an, patron şi elevi, se adunau pentru a cerceta activitatea din cursul anului trecut. Şi atunci, lăsând la o parte banalele cuvinte de ocazie, fiecare venea cu partea lui de lucru pe care o expunea cinstit, stăruind în special asupra eşecurilor. Se luau atunci în discuţie măsuri de îndreptare, se modifica un procedeu sau se adopta un altul, în fine, se fixau mijloacele pentru a reduce la minimum riscul operator.

De Salpêtrière mă leagă, deasemeni, prietenia mea cu profesorul Ionescu Siseşti pe care l'am cunoscut ca intern în serviciul lui Guillain, prietenie bazată pe o profundă stimă. Acolo l'am văzut şi admirat la lucru, şi prietenia noastră legată pe aleele pline de amintiri ale bătrânei Salpêtrière a suportat proba timpului, verificându-se strălucit după atâţia ani.

Marea stimă pe care Gosset o avea pentru mult mai tânărul profesor *Lecène*, m'a determinat să trec în serviciul lui dela Saint-Louis. Această impunătoare figură de gal, de talie uriaşă, erau un uriaş al gândirii. Vorba lui era plină de sclipire, iar cultura lui atât de vastă şi variată te stăpâneau dela început. Greu de apropiat, totuşi, când, după o oarecare observaţie te accepta lângă el, plecai de acolo îmbogăţit de cunoştinţe. Claritatea expunerilor lui era cunoscută. Ideile luau în cuvintele lui un aspect firesc, natural, noţiunile cristalizându-se în cea mai perfectă formă.

Concursul de secundariat prin capriciul clasificării mi-a dat totuşi satisfacţia de a cunoaşte pe d. agregat Leonte, care cu un talent deosebit şi cu o tot atât de rară modestie face o chirurgie frumoasă, împărţind darnic bunătatea sa proverbială.

Trecând la clinica chirurgicală a profesorului Anza Jianu, pe atunci la Colţea, am cunoscut ritmul plin de emoţie al marei chirurgii. Intrarea mea timidă în această clinică, unde de multă vreme mă îndreptau aspiraţiile mele de candidat la secundariat, se leagă de o întâmplare, care a uşurat-o foarte mult. O hemoragie gravă într'o plagă cervicală, o intervenţie sub ochii patronului, m'au încadrat onorabil, în cercul oarecum închis al clinicei.

Continuator al tradiţiei lui Toma Ionescu, profesorul Amza Jianu nu este profesionistul chirurgiei facile cu succese dinainte asigurate; el este chirurgul grelelor împrejurări, nerefuzând, dintr'o înaltă concepţie, cea mea mică şansă pentru bolnav, necunoscând grija egoistă şi neumană a conservării unei reputaţii prost înţeleasă.

Felul deschis al profesorului Amza Jianu, felul de a vorbi drept fără răstălmăciri, fără tainice ascunzişuri, respectul cuvântului dat şi curajul cu care susţine o cauză dreaptă, fac din dânsul, una din cele mai iubite şi venerate figuri ale învăţământului medical.

La moartea mult regretatului doctor Sebastian, fiind încă secundar, profesorul Amza Jianu, a fost din acei care m'a sfătuit să fac stomatologia, răspunzând plastic acelora cari nu înţelegeau dece profesorul vrea să-şi facă dentist tocmai pe unul din elevii lui preferaţi.

Acela însă, care a determinat hotărârea mea, acela, care m'a făcut să întrevăd frumuseţea şi însemnătatea acestei discipline, acela a fost iubitul meu maestru profesorul Iacobovici. Nu voi uita niciodată drumul spre casă făcut împreună, într'o seară, dela Societatea de chirurgie, când profesorul Iacobovici a înlăturat, trebue s'o recunosc, ezitările mele, foarte explicabile, prin acea argumentare strânsă pe care i-o cunoaştem, îndreptându-mă astfel definitiv către stomatologie, pe care dorea s'o vadă încadrată ca o disciplină chirurgicală.

Plecat la Viena după sfatul dânsului, începutul a fost destul de greu, pierdut fiind în massa de străini, veniţi din toate colţurile lumii, atraşi de renumele şcoalei vieneze.

La un curs de chirurgie maxilo-facială pe care-l urmam cu prietenul meu, profesorul japonez Sayama, docentul Hofer a făcut între altele, şi descoperirea carotidei externe. Prinzând momentul, i-am cerut voe să-i arăt tehnica noastră, făcându-i astfel o descoperire într'o formă şi într'un tempo cu care ei nu erau obişnuiţi. A doua zi, eram scos din anonimat, dându-mi-se posibilitatea de a lucra efectiv sub controlul direct al profesoru-

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

NEUROSEDATIVUL cu ACȚIUNE CONSTANTĂ

RECONSTITUANT ENERGIC

ECZEME
PRURIT

INTERTRIGO
ULCERE VARICOASE

GRANULE

FIOLE

FRICȚIUNE LICHIDĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

lui, care şi-a luat asupră-şi sarcina pregătirii mele.

Invăţătura la şcoala lui Butoianu, anii de lucru trecuţi în laboratorul de medicină operatorie la profesorul Constantinescu, care mi-a dat atâtea dovezi de înţelegere, îşi dădeau roadele, într'un mod neaşteptat, deschizându-mi porţile şcolii profesorului Pichler.

Acestui neîntrecut maestru îi datorez pregătirea mea stomatologică. Profesorul Pichler este un creator în stomatologie, lui datorindu-i-se în bună parte chirurgia maxilo-facială, acea «Kieferchirurgie», care face faima şcoalei vieneze.

Străinii, cari veneau acolo, se obişnuiau greu cu ideia că omul acela mărunt, care-şi făcea modest drum printre numeroşii vizitatori era renumitul profesor Pichler.

Stomatologia îi mai datorează o serie de lucruri însemnate atât în terapeutică conservativă unde a descris magistral prepararea cavităţilor, în chirurgia plastică a gurii şi a feţei precum şi în folosirea mijloacelor stomatologice în chirurgia bucală.

Sunt convins că, acolo departe unde îşi slujeşte ţara, profesorul Pichler este mulţumit gândind că elevul lui pe care l-a pregătit cu atâta grijă şi devotament este învestit astăzi în cea mai înaltă treaptă universitară.

Intors în ţară, profesorul *Iacobovici*, în calitate de Director al învăţământului stomatologic, mi-a dat posibilitatea să lucrez şi să pun în valoare rezultatul muncii mele.

Stomatologia românească a avut marele noroc de a găsi în D-sa, susţinutorul plin de înţelegere şi convins de însemnătatea mare a acestei discipline — pentru care a luptat cu tot elanul şi cu toată energia — şi care a dat medicinei sialografia, metodă întrebuinţată azi în toată lumea pentru explorarea căilor salivare.

Prin înfiinţarea secţiunii cu paturi, profesorul Iacobovici a făcut cu putinţă activitatea de mare chirurgie de specialitate. Trebue s'o spunem că n'a fost tocmai uşor pentrucă existau oameni, cari credeau stomatologia redusă la o anodină practică, uitând că stomatologia este azi o disciplină chirurgicală şi încă una din cele mai grele şi complexe.

Activitatea noastră nu putea fi cunoscută din cauză lipsei posibilităţilor de manifestare ştiinţifică. Şi în această direcţia, profesorul Iacobovici ne-a ajutat, dotând stomatologia cu mijloacele necesare prin înfiinţarea «Revistei române de stomatologie» şi a «Societăţii române de stomatologie». Aceste două organe de răspândire a produsului ştiinţific românesc sunt azi cunoscute şi peste hotare, unde munca noastră este elogios apreciată.

Ca şi la Cluj, unde a creiat o şcoală, care va rămâne în istorie, şcoală de unde au pleca elevi în toate colţurile Ardealului pentru a duce învăţătura maestrului, realizând astfel, cea mai vie operă de unificare a sufletului şi a spiritului românesc, tot aşa şi la Bucureşti, profesorul Iacobovici a creiat o şcoală, convins fiind, şi cu dreptate, că a face o şcoală vie, nu a preda cursuri moarte, este menirea adevăratului profesor.

Pentru mine, profesorul Iacobovici n'a fost numai maestrul venerat, dar un adevărat părinte. In ceasurile grele, când hotărârea cea mai dârză poate să se clatine, profesorul Iacobovici, prin sfatul d-sale aducea linişte în sufletul meu şi curaj de muncă. Intotdeauna plecam întărit sufleteşte dela dânsul, încărcat cu sfaturi bune, cari mi-au fost de folos în viaţă şi au hotărît cariera mea. Pentru toate acestea nu există mulţumiri şi nici nu voi încerca să i le aduc. Ceeace-l pot asigura însă pe iubitul meu maestru, este că drumul pe care l'a tras va fi urmat cu sfinţenie, iar la munca depusă de d-sa voi adăoga pe a mea pentru a ţine nestinsă această flacăre şi neîntrerupt acest fir.

Domnilor,

Cunoaşterea faptelor trecutului, este o condiţie absolut necesară pentru acel care doreşte să pătrundă orice ramură de activitate. Cunoştinţele de azi nu sunt doar decât rezultatul muncii unui lung şir de oameni cari şi-au închinat viaţa idealului către cari s'au simţit atraşi. Prin acest trecut avem cea mai frumoasă perspecteivă asupra prezentului.

Stomatologia, ca şi celelalte discipline medicale, îşi are trecutul ei, cu epoci de înflorire şi de cădere, îşi are galeria de strămoşi şi de clasici cari sunt pentru noi nesecate isvoare de informaţii.

Nevoia de îngrijire a dinţilor şi gurii s'a ivit din instinctul omului preistoric care a căutat să-şi aline durerea încercând diferite mijloace.

In antichitate, medicina era mai mult o practică religioasă. Intervenţiile sângerânde erau foarte rare, deoarece legea draconică a lui Hamurabi, rege al Babilonului, pedepsea în caz de nereuşită cu tăierea mâinilor, iar pe bietul dentist cu scoaterea dinţilor.

O medicină adevărată, cu specialităţi medicale o întâlnim la egipteni pe cari Herodot îi consideră ca pe cei mai sănătoşi muritori. Existenţa la egipteni a specialiştilor de boale de ochi, de boale de gură, boale interne, etc., arată că problema specializării nu este atât de recentă pe cât s'ar putea crede.

Dacă dela egipteni, nu ne-au rămas lucrări de tehnică dentară, în schimb, etruscii au lăsat lucrări de mare valoare. Acest popor războinic, cu 1000 de ani înainte de Hristos, când Roma nu exista, iar cultura greacă era la început, cunoştea arta de a înlocui dinţii lipsă. Astfel, într'o necropolă etruscă s'a găsit o proteză dentară în aur, un adevărat obiect de artă.

Inceputul medicinei la greci se confundă cu legenda şi Homer ne spune în Odiseia că Ulise fracturând maxilarul lui Irus, a venit un medic care i-a aplicat pe rană o buruiană pentru a-i alina durerea şi a-i opri hemoragia.

Adevărata medicină începe însă cu Hipocrat, personagiu de esenţă quasidivină, care cu patru secole înainte de Hristos a descris cu atâta pricepere, diferitele afecţiuni bucale, descriere din care reiese marea lui experienţă şi spiritul lui ascuţit de observaţie.

In acele vremuri, extracţia dinţilor era considerată, din cauza complicaţiilor, ca o operaţie destul de gravă. Erasistrat, un renumit medic din Alexandria, care a trăit în anul 300 înainte de Hristos, vorbeşte de un cleşte de scos dinţii, făcut din plumb şi depus simbolic în templul lui Apollo. Acest lucru însemna că dinţii nu trebuesc scoşi cu forţă ci cu artă, lucru pe care specialiştii noştri n'ar trebui să-l uite.

După Hipocrat, ştiinţa medicală părăseşte insulele ioniene pentru a se muta în Alexandria, în Egipt. Aci însă, medicii părăsesc şcoala hipocratică, care se baza pe observaţie şi experienţă şi se dedau la sterile discuţii, împărţiţi fiind după diferitele doctrine medico-filozofice.

Urmează o perioadă de câteva secole în care pentru stomatologie nu putem nota nimic şi trebue să ajungem la Celsus care a trăit la Roma, cam pe la anul 32 înainte de Hristos. Celsus este considerat ca un fel de Hipocrat latin, ca un Cicero al medicilor. In opera lui «De re medica», stomatologia figurează la loc de frunte. Lăsând la o parte lucrurile absurde, cum ar fi recomandarea de a înghiţi un pui de rândunică pentru a fi ferit tot anul de anghină, el recomandă extracţia dinţilor în caz de supuraţie, îndreptarea bruscă a dinţilor, ridicarea pietrii de pe dinţi şi altele.

După căderea Greciei, mulţi medici renumiţi au venit la Roma. Intre aceştia a fost şi *Galien*, fiul senatorului de Pergam. Galien nu s'a mărginit să rediteze opera lui Hipocrat, lucru atât de des practicat, ci a adus lucruri noi. Astfel, el este primul, care arată, că pulpa este organul vital al dinţilor şi observă influenţa anomaliilor dentare asupra scheletului facial.

La Romani, îngrijirea gurii era un semn de bună creştere, de eleganţă, o garanţie de succes, dacă vreţi. Cicero spune că îngrijirea dinţilor este necesară elocvenţei şi că niciodată o cuvântare frumoasă n'a ieşit dintr'o

gură lipsită de dinţi. Scribonius Largus, care a trăit în anul 45 înainte de Hristos, şi care se ocupa şi de chirurgie, ne-a lăsat o serie de reţete de ape pentru îngrijitul gurii din cari unele întrebuinţate de Octavia, sora lui August şi de Mesalina.

Dela romani avem scobitorile de dinţi. Petroniu ne vorbeşte în Satyricon de eleganţii care-şi scobesc dinţii fără încetare, iar Ovidiu, care a cântat frumuseţea dinţilor sănătoşi, recomandă oarecare discreţie în întrebuinţarea acestui instrument în societate. Moda era mai tare şi a dat ocazie poetului Marţial să ridiculizeze pe acei, cari neavând nici un dinte, ţineau totuşi, din cochetărie, o scobitoare în gură.

Năvălirea barbarilor distruge, odată cu civilizaţia şi medicina greco-latină, ajunsă la un mare grad de înflorire. Frământările sociale, războaiele, luptele religioase fac epoca de aur a formulelor magice, a talismanelor şi a leacurilor absurde şi scabroase.

Graţie arabilor, popor care a atins un înalt grad de cultură, medicina cunoaşte o nouă epocă de înflorire. Medicii arabi erau renumiţi şi regii creştini nu pregetau să facă apel la luminile lor.

Una din cele mai însemnate figuri ale medicinii arabe este Albucasim, care a trăit la Cordova în secolul al XI-lea. In opera lu găsim figurate, lucru extrem de important, după moda bizantină, instrumentele întrebuinţate în acele vremuri. Dar nici unul din capitolele scrise de acest mare chirurg arab nu este atât de frumos, atât de limpede, ca cel consacrat dentisticei. Numai pentru scoaterea pietrei de pe dinţi Albucasim recomandă nu mai puţin de 15 instrumente, mai multe decât se găsesc azi în cel mai bine utilat cabinet dentar. In cartea lui se vorbeşte, pentru prima oară, că dinţii lipsă pot fi înlocuiţi cu alţii sculptaţi în os de bou. Este cel mai vechi text scris despre proteze, considerat ca adevărat titlu de noblete.

O carte de pură stomatologie este scrisă deabia în secolul al XVI-lea, de către un spaniol, Francisco Martinez, care n'a fost medic, ci militar, care a luptat în Flandra şi Italia şi a sfârşit ca duhovnic al lui Don Carlos, căruia i-a închinat cartea.

Valoarea ştiinţifică a cărţii scrisă de acest aventurier este foarte redusă, dar nu ne putem stăpâni admiraţia pentru curajul acestui om, care recomandă, higiena gurii, în vremea Inchiziţiei, în vremea lui Filip al II-lea, când îngrijirea corpului era considerată ca un mare păcat, iar curăţirea gurii, semn de patentă destrăbălare Se ştie că, pe atunci, rafinaţii, gentilomii şi doamnele elegante, luptau cu mirosul greu, întrebuinţând cu profuziune tot felul de ape parfumate.

In acele vremuri, situaţia chirurgilor cari practicau în parte şi stomatologia, nu era de loc de invidiat. Actul manual era dispreţuit, iar biserica condamna vărsarea de sânge. După legislaţia meseriilor, chirugii făceau parte din breasla bărbierilor, după cum farmaciştii făceau parte din acea a băcanilor.

Ambroise Paré, care ca ucenic bărbier, învăţase să mânuiască odată cu briciul şi pieptenele, bisturiul şi lanţeta, profitând de faptul că Facultatea de medicină luase sub protecţia ei pe bărbieri contra chirurgilor inamici comuni, îşi trece doctoratul în medicină. Primul lucru pe care-l face Ambroise Paré este publicarea în limba franceză a operii lui, punând astfel la îndemâna foştilor săi colegi bărbieri, o armă foarte periculoasă. Medicii ca şi chirurgii care-l adoptaseră au fost furioşi de această nemapomenită obrăznicie de a scri în limba poporului şi au pornit prigoană împotriva lui de care nu l'a scăpat decât intervenţia regelui. Intr'o limbă pitorească, Ambroise Paré descrie primul caz de litiază salivară observat la un gentilom spaniol care se dusese, în credinţa de a se vindeca, să fie atins, după obiceiul de atunci, de regele Carol al IX-lea.

Cu Pierre Fauchard, în secolul al XVII-lea începe stomatologia modernă. Ambiţia îl determină să părăsească provincia unde îşi făcuse un mare renume şi să se ducă la Paris, unde curând răzbeşte la Curte. Tratatul lui de stomatologie, intitulat «Le chirurgien dentiste», a făcut epocă, uimind pe medici, cari credeau că această practică este bună numai pentru bărbieri.

Partea cea mai însemnată din opera lui Fauchard, care a descris piorea alveolară, este proteza dentară. Lui i se datoresc foarte multe lucrări atribuite de neştiutori americanilor. El este considerat cu drept cuvânt ca părintele stomatologiei.

Dispreţul medicilor pentru intervenţiile manuale, a avut drept urmare, că această practică, în special extracţiunile dentare, să cadă pe mâna şarlatanilor. Aceştia lucrau într'un decor teatral, îmbrăcaţi în costume strigătoare.

Mulţi pictori au fost inspiraţi de aceşti abili mânuitori ai marionetelor şi ai pelicanului. In aceste tablouri găsim, în general, aceleaşi personagii: spectatorul amuzat de contorsiunile pacientului sau fiind în admiraţia virtuozităţii meşterului; şarlatanul operator, care-şi arată solemn şi ridicol îndemânarea lui; în fine, pacientul victimă, cea mai tristă figură din tablou, care de foarte multe ori suferă o dublă extracţie atât a dintelui cât şi a pungii de către un abil ajutor.

Cea mai interesantă figură de şarlatan a fost Thomas, care a trăit în secolul al XVIII-lea. De talie herculană, cu faţa rubicondă şi jovială, cu gestul dominator, cum îl descrie Boissier· îmbrăcat într'un costum roşu, pe cap purtând un tricorn cu pene, pe piept având un soare ca un omagiu discret pentru bătrânul rege-soare, la gât un şirag de măsele, iar la şold o spadă, vocea puternică a lui Thomas domina lumea pestriţă de pe Pont-Neuf.

Până în secolul al XVIII-lea, protezele dentare erau lucrate fără model în os sau fildeş. In gură, acest material se altera foarte uşor, căpătând un miros foarte greu, supunând pe cel nevoit să poarte o proteză, la un adevărat calvar. Mai buni erau dinţii de om. Groparii ca şi servitorii dela prosecturi făceau bune afaceri vânzând dinţii cadavrelor. Cele mai fericite afaceri s'au făcut însă în timpul revoluţiei franceze şi a războaielor lui Napoleon.

In acele vremuri, trăia la Saint-Germain-en-Laye un modest farmacist, numit Duchâteau, care, necăjit de proteza lui, s'a gândit să facă dinţi de porţelan. Nemulţumit cu o primă încercare, el se asociază cu Nicolas Dubois, zis Chément, chirurg, dar care se ocupa numai cu stomatologia. Om lipsit de scrupule, Dubois îşi însuşeşte invenţia lui Duchâteau şi o prezintă chiar la Academia de medicină şi cea de chirurgie. Intre raportorii Academiei se afla un alt Dubois, zis Foucou· om influent, deparece fusese dentistul lui Ludovic al XVI-lea, al lui Napoleon şi al lui Carol al X-lea şi care profitând de asemănarea de nume, a încercat şi la rândul lui să-şi apropie invenţia lui Duchâteau.

Secolul al XIX-lea reprezintă pentru stomatologie, secolul marilor realizări, în care această disciplină este scoasă din empirism şi pusă pe făgaşul realizărilor tehnice şi cercetărilor ştiinţifice.

Lui Spencer Wells, modest dentist din Hartford, omenirea datorează descoperirea anesteziei generale.

Câtă deosebire în condiţiile în cari lucrăm azi. Strămoşii noştri lucrau cum da Dumnezeu, fără lumină, fără mijloace, fără acel confort de care, noi oamenii de astăzi, aşa de mult artificializaţi, nu ne mai putem putem lipsi.

Domnilor,

Când frământările în lume au început să se domolească, oamenii, cum este firesc, şi-au îndreptat privirea către nevoile spirituale. S'au organizat astfel Facultăţile de medicină, diferitele discipline medicale luând loc, pe măsura apariţiei şi a nevoilor, în cadrul învăţământului medical cu ex-

ULIRON

Preparatul chimioterapeutic contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul BLENORAGIEI pentru administrarea pe cale bucală.

«Ulironul marchează incontestabil un progres însemnat în chimioterapia blenoragiei. Efectele sale întrec pe acelea ale altor preparate şi permit într'un procent important vindecarea pe cale bucală, ceeace înseamnă un progres remarcabil».

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Pop şi Dr. P. Cirlea, „Clujul Medical" 11-1938.

„Bayer" BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj. Cal. Moţilor 18, Tel. 37-22.

Hipnotic, anestezic, analgezic, antispasmodic

SEDOPON LALEUF

Fiole şi compr.

Alcaloizi totali de opiu asociaţi cu Scopolamină şi sulf. de Sparteină.

Fiole: După indicaţiuni la nevoie.

Comprimate: 1—4 comprimate în 24 ore.

Mostre medicale şi literatură la
Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23 — Bucureşti IV

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

ceptia stomatologiei. Acum un secol, doi dentişti americani, Hayden şi Harris, din Baltimore, au cerut Facultăţii de medicină să organizeze învăţământul stomatologic. Ei au fost refuzaţi sub motivul că dentiştii nu au ce căuta la Facultate. Rezultatul a fost că la 1839, exact acum un secol, s'a înfiinţat la Baltimore prima şcoală dentară. Cum era de aşteptat, rezultatele nu au fost din cele mai fericite. Predarea stomatologiei, disciplina medicală, în afară de Facultatea de medicină a fost tot atât de nelogică cum ar fi fost de exemplu predarea oftalmologiei sau oto-rino-laringologiei în mod separat. S'a ajuns astfel la o situaţiei imposibilă. Un exemplu elocvent: un chirurg are drept să rezece un maxilar pentru o tumoră, dar nu are dreptul să scoată un dinte; în schimb dentistul nemedic are acest drept.

Deaceea, rând pe rând, s'a revenit în foarte multe ţări asupra acestei greşeli iniţiale şi ultimul exemplu ni-l dă Franţa, convinsă fiind de gravitatea situaţiei şi unde se înfiinţează clinici stomatologice, renunţându-se la sistemul anacron de învăţământ separat. Au fost însă rezistenţe mari, în special din partea celor cari-şi creiaseră uşor situaţii para-universitare.

Faptul că'n şcolile dentare se primeau elemente cu o pregătire foarte redusă a avut drept efect ocolirea acestei discipline de elementele bine pregătite, cari îmbrăţişau medicina, chirurgia sau alte specialităţi. Iată ce scrie Boissier: «En acceptant au seuil de l'odontologie des étudiants munis d'un bagage léger pour ne pas dire nul, sans instruction générale décente, manquant de cette culture que jadis les différentes humanités conféraient seules à leurs serviteurs, les écoles condamnaient à ne créer que des practiciens de deuxième zone».

Cât priveşte pregătirea tehnică, argumentul major al autonomiştilor, ea poate să fie însuşită foarte uşor de orice student sau doctor în medicină. Dealtfel, «îndemânarea nu este numai apanajul dentiştilor, cum spunea profesorul Baudoin la un congres de stomatologie. Spre deosebire de studentul dela filozofie sau matematici de exemplu, care nu-şi cultivă decât creerul, studentul în medicină, dela începutul studiilor sale, este antrenat pentru a căpăta dexteritatea necesară. Lucrările de chimie, de fizică, de laborator, medicina operatoare, miile de mici intervenţii de practică spitalicească nu fac decât să desvolte îndemânarea. Odată câştigată, ea poate fi foarte aplicată în stomatologie ca şi'n altă parte».

La noi în ţară, d-rul Felix la 1888, propune, pentru prima oară, trimiterea unor medici în străinătate pentru specializare în stomatologie dintre care apoi să se recruteze elemente pentru învăţământ.

Legea sanitară din 1893 prevede că dela data de 1 Ianuarie 1896 nu se va admite în practica dentară decât doctori în medicină.

Invăţământul nostru nu cuprindea nimic pentru formarea stomatologilor. Prin legea din 1898 se prevede acest învăţământ în cadrul Facultăţii de medicină.

In anul 1903 se înfiinţează la Facultatea de medicină prima docenţă de stomatologie care este atribuită prin examen regretatului dr. D. D. Niculescu. Cu d-rul Niculescu se pune primul jalon pentru învăţământul stomatologic la Bucureşti. Este momentul să recunoaştem aci meritele acestui mare specialist, care a dus o luptă omerică punând în joc toată vigoarea firii sale combative pentru înfăptuirea acestui învăţământ şi înlăturarea elementelor fără nici o pregătire.

Prin înfăptuirea unităţii noastre naţionale, învăţământul câştigă o clinică stomatologică la Cluj, care a strălucit sub conducerea profesorului Bilaşcu. După moartea lui Bilaşcu, stomatologia românească trece iarăşi printr'un impas greu din care o scoate profesorul Iacobovici, pe atunci la Cluj, punând în fruntea clinicei de acolo pe profesorul Aleman, care continuă ascendent tradiţia şcolii din Ardeal.

La Bucureşti, profesorul Toma Ionescu s'a gândit să facă un învăţământ stomatologic, sarcina aceasta a revenit însă d-lui profesor Bălăcescu, care ca decan la 1 Octombrie 1929 a propus şi Ministerul Educaţiei Naţionale a înfiinţat un institut de stomatologie cu 3 conferinţe. D. profesor Bălăcescu a iubit stomatologia pe care a sprijinit-o, a înzestrat-o şi deaceia ţin să-i aduc omagiul meu de adâncă mulţumire. Conferenţiarii celor trei secţiuni ale Institutului, regretatul conf. dr. N. Sebastian, d. agr. dr. C. Dumitrescu şi d. conf. dr. Staicovici, luptând şi învingând multe obstacole, reuşesc să pună temelia unui învăţământ stomatologic organizat.

Prin venirea d-lui profesor *Iacobovici* la direcţia Institutului, cu talentul d-sale predestinat de a face şcoală, cu acea dinamică pe care i-o cunoaştem, îl organizează şi creiază acea ambianţă necesară oricărei activităţi.

După exemplul dela Cluj, legea de raţionalizare a prevăzut, în fine o catedră de clinică stomatologică la Facultatea de medicină din Bucureşti şi este locul aci să mulţumesc d-lui profesor Ionescu Sisesti pentru această însemnată înfăptuire.

Dar poate nici atunci nu s'ar fi realizat acest lucru dacă la Ministerul Educaţiei naţionale nu se afla marele român Armand Călinescu, căruia noi stomatologii îi vom păstra o veşnică şi recunoscătoare amintire.

Dispoziţiile acestei legi care prevede concursul, au găsit în d. ministru prof. Petre Andrei cea mai dreaptă aplicare, suprema grijă a d-sale fiind interesul şcoalei spre folosul neamului.

Domnilor,

Domeniul acestei discipline redusă la început numai la studiul leziunilor dentare, s'a mărit treptat cuprinzând întreaga cavitate bucată, apoi regiunile vecine cu organele anexe.

Din simpla artă manuală, stomatologia a devenit o adevărată ştiinţă cu vaste posibilităţi de cercetare şi de creaţiune.

In primul rând, patologia buco-dentară are rostul, de a studia leziunile provocate de caria dentară. Această boală, cea mai frecventă din cele cari lovesc pe om, care atinge un procent de peste 95%, care provoacă atâtea suferinţe, care ameninţă atât de grav sănătatea omului, nu era cunoscută până acum studentului în medicină. Exista greşita credinţă, că problema este foarte simplă, şi că totul se reduce la o curăţire aproximativă a dintelui şi la astuparea cavităţii cu o substanţă oarecare, aleasă de cele mai multe ori, nu din considerente de ordin biologic, ci determinată de mijloacele materiale ale bolnavului.

Azi se ştie că sistemul dentar degradat prin caria dentară este poarta de intrare, cea mai des folosită, de agenţii patogeni pentru a pătrunde în organism. Leziunile dentare duc la formarea de focare infecţioase, cari primejduesc sănătatea şi viaţa prin însămânţări la distanţă în diferitele organe şi ţesuturi. Câţi oameni nu pier din cauza acestor leziuni, experimental dovedite, în cord, stomac, rinichi, etc. sau câţi nu sunt chinuiţi de dureri articulare.

Condiţiile actuale de trai au făcut ca să nu mai existe om aproape fără dinţi stricaţi; caria dentară a devenit un pericol social. Chiar, în mediul rural, procentul este foarte mare. Dinţii de lapte distruşi repede de caria dentară împiedică desvoltarea copilului prin neputinţa de a se hrăni.

In toate ţările s'a dat o deosebită importanţă asistenţei dentare. In fosta Austrie săracă, numai la Viena funcţionau 16 clinici dentare şcolare subvenţionate de primărie, care cheltuia în acest scop 7—8 milioane anual.

Problema cariei dentare nu se poate rezolva printr'o exclusivă reparare a leziunilor produse de această boală. Ea trebue lovită mai adânc. O bună

desvoltare a dinţilor fiind în primul rând o problemă de alimentaţie, profilaxia cariei dentare trebue să înceapă cu viitoarea mamă şi să se continue la copil. Asistenţa şcolară nu este suficientă. Pentru dinţi, ea vine prea târziu.

Alimentaţia din ce în ce mai preparată — mai artificială, lipsa de masticaţie, care realizează o adevărată curăţire mecanică a dinţilor, a dus la o a doua boală cu caracter social anume paradentosa sau piorea alveolară, care atinge azi omenirea într'o proporţie de peste 50%.

Importanţa patologiei bucale stă în posibilitatea ce oferă viitorului medic de a cunoaşte o manifestare bucală a sifilisului, o actinomicoză care se întâlneşte azi din ce în ce mai des, o tumoră bucală la început, poate descoperi o boală de sânge, ştiind că, uneori, prima manifestare a acesteia poate fi o leziune bucală; în fine, medicul poate pătrunde mai bine turburările din organism la lumina cunoştinţelor de patologie bucală.

Proteza dentară care a fost argumentul de rezistenţă al autonomiştilor, nu mai este astăzi de concepţie strict mecanică, ci biologică, fiind vorba de un corp străin introdus în organismul uman, care nu trebue să stânjenească fenomenele vieţii.

O punte, o proteză parţială şi mai ales una totală pun probleme destul de complexe, cari nu se pot rezolva luând numai o măsură şi trimiţând-o tehnicianului să se descurce. Ele impun o serioasă cunoaştere a condiţiilor locale şi generale ale individului, căruia trebue să-i adaptăm cea mai potrivită proteză nu cum este obiceiul, de a potrivi gura omului la proteza lipsită de orice raţiune biologică, neglijând faptul că dinţii, maxilarele şi articulaţia temporo-maxilară fac un complex funcţional armonios, care trebue respectat.

Chirurgia maxilo-facială, redusă la început doar la extracţii, a progresat numai prin îmbinarea mijloacelor stomatologice cu cele chirurgicale. Şi altădată, se îngrijeau fracturi de maxilar, se făceau rezecţii de maxilar şi altădată se operau osteomielite de către chirurgi. Dar, rezultate bune, cosmetice şi funcţionale, nu s'au obţinut decât atunci, când proteza a înlocuit ceeace chirurgia a extirpat sau de când chirurgia a reparat folosindu-se de ajutorul protezei.

Vremurile de azi, impun mai mult ca oricând o cât mai bună educaţie chirurgicală a stomatologului.

In cărţile de chirurgie de război şi 'n organizările făcute se vorbeşte foarte des de formula colaborării chirurgului cu stomatologul, adică chirurgul va opera rănitul, iar stomatologul îi va aplica proteza. Este o concepţie care a dat tot ce a putut da. Rezultate mai bune nu se vor căpăta însă, după cum experienţa a arătat, decât atunci, când va exista o concepţie unică, adică, operaţia să fie executată, iar proteza aplicată de acelaş om, de specialistul în această chirurgie.

Stomatologia se mai ocupă cu îndreptarea dinţilor, cu ortodonţia. Frecvenţa anomaliilor dentare la copii cu răsunet aşa de mare asupra desvoltării feţei, este foarte ridicată, atingând un procent de peste 40%. Azi, când se fac atâtea sacrificii pentru ameliorarea rasei, nu poate fi ignorată această problemă. Prin mijloacele de care dispune ortopedia dentomaxilară, noi putem îndrepta conformaţiile anormale punând astfel omul în mai bune condiţii de a primi lupta pentru existenţă.

Dar, Institutul prevăzut cu mijloacele necesare de investigaţie ştiinţifică, unde suferinzii, atât de numeroşi, cu leziuni bucale să găsească o bună şi reală îngrijire, unde să se formeze specialiştii de care avem atâta nevoe, unde studenţii în medicină să înveţe elementele de clinică stomatologică strict necesare unei practici generale, unde stomatologii formaţi să vină să se perfecţioneze, unde, după exemplul institutelor similare din străinătate, să existe un adevărat centru pentru răspândirea higienii bucale, fără de care o bună sănătate nu este posibilă, acest institut, de urgentă nevoe în ţara noastră, îşi aşteaptă realizatorul.

Iubiţi Studenţi,

Această schiţare a problemelor care face obiectul stomatologiei, arată însemnătatea ei didactică, socială şi naţională. Azi, graţie prevederii celor cari veghează asupra pregătirii voastre aveţi la îndemână cunoştinţele acestei discipline, cari vor astupa o mare lacună în pregătirea voastră medicală.

Intenţia mea, cum a fost şi a legiuitorului, este de a vă face clinică stomatologică, adică de a vă preda patologia bucală aplicată la bolnav. Astfel, viitorul medic nu se va simţi umilit în faţa bolnavului care vine chinuit de durere să-i ceară alinare şi pe care din neştiinţă, este nevoit să-l lase pradă suferinţei sau să-l dea pe mâna empiricilor.

Acei, cari doresc să adâncească aceste probleme şi îi sfătuesc s'o facă, au la dispoziţie cursurile de specializare. Aci pot găsi pe lângă satisfacţii spirituale şi o existenţă cinstită fără atacuri la bugetul Statului.

Ţara are nevoie de medici bine pregătiţi, după cum are nevoie de stomatologi specialişti, pătrunşi de însemnătatea menirii lor, cari să fie la înălţimea misiunei lor şi cari să pună înaintea dorului de căpătuială, munca pentru binele neamului nostru.

Un nou progres al chimioterapiei blenoragiei

de Dr. TRAIAN KATZ-GALAŢI
Membru coresp. al Asociaţiei Franceze de Urologie

Introducerea sulfamidelor în tratamentul blenoragiei a provocat o adevărată revoluţie, atât în rândurile medicilor cât şi ale pacienţilor. Janet declară la Asoc. de Urologie, din Martie 1939, că soarta tratamentului blenoragiei se decide în aceste momente. Pe de altă parte pacienţii au recăpătat şi ei încrederea în medic şi medicină. Se pare că s'a terminat cu vocabularul acela plin de echivocuri: «Dumnezeu ştie cât va ţine tratamentul, toate blenoragiile se vindecă, afară de cea dintâi, dacă nu intervine o complicaţie.. s'a redeschis... ş. a. m. d.»

Azi putem spune în 95 — 98% din cazuri pacientului nostru că va fi vindecat sigur de uretrita lui gonococică în 3 până la 15 zile, că nu va avea nici o complicaţiune şi că cu cât va veni mai curând la medic, va fi vindecat cu atât mai repede.

Această siguranţă terapeutică s'a realizat datorită chimioterapiei.

Printre preparatele pe cari le-am experimentat personal, se pare că *Dagenan*-ul se apropie cel mai mult de ceeace am dori noi, medicii urologi şi medicii practicieni să obţinem dela un asemenea preparat. Această afirmaţiune este susţinută de toate clinicele cari l'au experimentat în Franţa.

Sintetizând străduinţele de zeci de ani ale cercetătorilor pentru găsirea şi ameliorarea unui tratament mai bun şi mai eficace în lupta contra blenoragiei, le-am putea astfel grupa:

1) Tratamentul să fie la îndemâna tuturor medicilor practicieni şi nu numai a specialiştilor. 2) Tratamentul să fie ambulator, să nu dea reacţii cari să împiedice sau să reţie pe bolnav dela activitatea zilnică. 3) Să fie de scurtă durată, maximum 15 zile. 4) Să poată fi aplicat cazurilor recente, acute, cât şi cazurilor cronice rebele, adică să distrugă gonococii aflaţi în ţesuturi şi în aparatul glandular. 5) Să fie tolerat de organism fără să ne dea complicaţii din partea vreunui organ şi fără să dea leziuni anatomice definitive. 6) Să poată fi aplicat la bărbaţi, la femei şi la copii.

In 1938 experimentasem pe o scară mai întinsă un produs francez «Rodilone» (1399 F.) şi am comunicat rezultatele mele şi cercetările de laborator la Soc. Rom. de Urologie din 18 Noembrie 1938. Preparatul dădea bolnavilor chiar în doze obişnuite o cianoză a buzelor, a unghiilor, urechilor, glandului, uneori o paloare caracteristică.

Am putut controla pe 15 bolnavi starea rinichilor, hemograma complectă,

PIPÉRAZINE MIDY

(Granulată efervescentă)

ANTI-URICUL TIP

THIODÉRAZINE MIDY

(injectabilă fiole 5 cc.)

TRATAMENT GENERAL AL REUMATISMULUI CRONIC

THIODACAÏNE MIDY

(fiole 20 cc.)

TRATAMENT LOCAL AL DURERII REUMATICE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID

Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE

Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei

Complicaţiuni

STREPTOCOCIE

Erisipel — Infecţiune puerperală post-partum şi post-abortum

Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă

Stafilococie — Pneumococie — Meningococie

Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulţi :	6 — 10 comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani :	3 — 5 „ „ „
„ „ 2 — 5 „ :	1 — 3 „ „ „
Sugaci :	½ — 1 comprimate „ „

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: **„SPEPHAR"** — Laborator de produse farmaceutice Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III

Telefon: 2.11.78.

SPASMOSÉDINE

SEDATIV CARDIAC

Acțiune sedativă simultană asupra sistemului nervos intra și extra cardiac. Acțiune antispasmodică și vasodilatatoare asupra întregului aparat arterial și îndeosebl asupra sistemului coronar.

*

Phenylethylmalonyluree . . 0,015
Bromhidr. chinin. 0,05
Extr. Crataeg. stab. . . . 0,05

*

Doza mijlocie: 1 — 2 drageuri la prânz și seara înaintea meselor.

*

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

Fier-Calciu-Cupru

Mărește pofta de mâncare până la senzația foamei!
Nici o turburare digestivă chiar la sugari și bătrâni.
Conține fierul în singura formă activă: ferro.
Sugari: 1—20 picături în lapte, **copii:** 20—60 picături și **adulți:** 40—120 picături în lapte sau apă înaintea meselor. Fiecare carton conține o mensură. O diviziune = 20 picături.

Aegrosan

FERRO—CALCIUM—CUPRUM—SACCHARAT

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

viteza de sedimentare. La unii bolnavi am găsit într'adevăr o diminuare a globulelor roşii, dar niciodată sub 4 milioane, hemoglobina scăzută, dar nu sub 80%. In formula leucocitară nimic deosebit sau caracteristic. Incheiam comunicarea mea de atunci, în speranţa că alte produse sunt în preparaţie şi experimentare având convingerea că în mai puţin de un an, doi, tratamentul blenoragiei va fi acela al unei uşoare infecţiuni locale, care în câteva zile va putea fi definitiv vindecată.

Să vedem întrucât acest nou produs «Dagenanul» corespunde deziderateler noastre?

Preparatul se prezintă sub formă de tablete, dozate a 0.50 gr. de culoare albă, uşor solubilă în apă, fără gust şi fără miros, aşa că poate fi luat în ceai, limonade, infuzii. Chimiceşte este o α (aminophenyl-sulfamido) pyridină. Or, ştim că pyridina a fost mult experimentată de *Jaussion* şi colaboratorii lui, în tratamentul blenoragiei. Se pare deci că acestei noui asociaţii de pyridină şi sulfamidă s'ar datora rezultatele satisfăcătoare.

Eu am experimentat «Dagenanul» pe un număr de 32 bolnavi, dintre cari 18 bolnavi cu o uretrită acută, datând de la 1 — 4 zile, 4 bolnavi cu uretrită subacută datând dela 10 — 14 zile, 5 cu uretrită cronică datând de peste o lună de zile, 3 paciente dintre cari două cu uretrite şi cervicite gonococice, una cu uretrită şi skenită şi doi copii dintre cari o fetiţă cu vulvo-vaginită şi un băieţel cu uretrită, în vârstă de 7 ani.

La adulţi doza întrebuinţată de mine a fost următoarea: în primele 2 — 3 zile, am dat câte 3 grame, adică 6 tablete repartizate câte o tabletă la 4 ore, departe de mese, dintre cari două tablete în timpul nopţii. Consider ca absolut necesar succesul tratamentului ca bolnavul să nu fie lipsit în timpul nopţii de medicamentul prescris, deoarece «Dagenanul» se elimină foarte uşor în cea mai mare parte prin rinichi, aşa că prin această repartizare fracţionată din timpul zilei şi nopţii eu vreau să obţin o continuă saturaţie a organismului cu această substanţă. Apoi câte 2 grame pe zi (4 tablete din 6 în 6 ore) timp de trei zile şi în fine ultimele trei zile câte un gram şi jumătate (câte o tabletă la 8 ore). Am asociat chimioterapiei şi tratamentul local cu două spălături uretrale sau uretro-vezicale pe zi, după caz. Este indiferent dacă spălăm uretra cu soluţii de hipermanganat de potasiu, după metoda Janet, sau cu soluţii organice de argint sau Rivanol, etc.

Femeilor le-am făcut deasemenea tratamentul local, uretro-vezical şi cervical.

Iată pe scurt un mic tablou al rezultatelor obţinute:

La cei 18 bolnavi cu uretrită acută, gonococii au dispărut din secreţie, la 4 din ei după 12 ore, la 10 din ei după 24 de ore, iar la 4 bolnavi după 30 de ore. Secreţiile uretrale au fost examinate de 2 ori pe zi, deasemenea şi filamentele din urină. In unele cazuri am centrifugat urina primelor picături sau urina ultimelor picături. Am tratat astfel bolnavii timp de 6 — 7 zile dela data dispariţiei gonococilor. Apoi încetam chimioterapia şi aduceam bolnavii numai odată pe zi, dimineaţa, pentru examenul secreţiei, le făceam numai o spălătură pe zi timp de 3 zile. La unii începeam probele de vindecare chiar dela a 7-a zi dela începutul tratamentului, apoi încetam şi cu spălăturile şi făceam proba cu bere, sonde metalice, (după cum erau sau nu la prima infecţiune) raportul sexual repetat (cu prezervativ) reactivarea cu Lugol sau nitrat de argint, masajul anexelor şi terminam cu un examen al spermei în vederea controlării spermatogramei (numărul, forma, mobilitatea spermatozoizilor şi examenul citologic). Am putut urmări pe unii dintre ei timp de 2 — 3 luni de zile şi nu am observat nici o recidivă la vreunul din bolnavii astfel trataţi. Am spălat numai uretra anterioară în uretritele anterioare, iar în cele cronice făceam spălături uretro-vezicale. Celor cu uretrita cronică le-am adăogat uretroscopia posterioară pentru a controla leziunile anatomice existente, tratându-le dela caz la caz. Nu am făcut masagii ale anexelor. La doi bolnavi din cei cu uretritele cronice, gonococii au dispărut din secreţiile uretrale după 48 de ore, iar la un bolnav care avea gonococi şi în secreţiile prostatei, aceştia au dispărut după 4 zile. Durata tratamentului şi probele de vindecare le-am făcut ca şi la cei cu uretrita acută. In ce priveşte evoluţia cito-bacteriologică a secreţiei, este de remarcat că aceasta devine în 2 — 3 zile mucoasă, filantă, diminuă foarte mult în intensitate, aproape imperceptibilă uneori. Leucocitele diminuiază ca număr făcând loc celulelor epiteliale şi mononuclearelor mari.

Cele 3 femei au reacţionat la tratament aproape la fel. Gonococii au dispărut după 24 — 50 ore din secreţii şi glandele anexe. Menstruaţia nu a fost modificată. Le-am controlat înainte şi după menstruaţie timp de 2 luni de zile, nici o recidivă. Dosajul a fost la fel.

O fetiţă în vârstă de 4 ani cu vulvovaginită şi uretrită gonococică, tratată 2 săptămâni la un confrate, prin metodele obişnuite fără rezultate, prezenta când am examinat-o, regiunea vulvară roşie oedematiată cu un meat tumefiat şi cu o secreţie uretrală abundentă în care am găsit gonococi. Am întrerupt timp de 2 zile orice tratament local (afară de 2—3 băi externe cu ceai de muşeţel) şi am dat fetiţei după schema autorilor americani Evans şi Gaisford câte o treime de tabletă dizolvată în jumătate de pahar cu apă îndulcită, de 4 ori pe zi. La a doua jumătate de tabletă, după o oră şi jumătate, fetiţa a vărsat. N'am întrerupt tratamentul. După 48 de ore revăd fetiţa, oedemul dispăruse aproape complect, fetiţa nu mai avea usturime la urinare, era bine dispusă. In secreţia vaginală nu am găsit gonococi. In secreţia uretrală am găsit nişte forme de diplococi gram negativ degeneraţi. Am continuat încă 48 de ore tratamentul iar după aceea n'am mai găsit diplococi în uretră sau vagin. Am continuat încă 3 zile tratamentul dând dela a 5-a zi numai de 3 ori câte o treime de tabletă. Am revăzut fetiţa la 2 şi 4 săptămâni, fără nici o recidivă.

Un băeţel de 7 ani cu uretrită gonococică, luată dela o servitoare, suporta foarte greu tratamentul local făcut la 2 confraţi din cauza unei balanite. Spălăturile erau un adevărat chin pentru confraţi şi pentru băieţel. Sunt chemat să-l văd a 10-a zi dela debutul declarat părinţilor. Recomand întreruperea spălăturilor uretrale, prescriu băi locale cu soluţie de Rivanol 1 la zece mii, prişniţe şi dau pe gură «Dagenan» câte un sfert de tabletă la 4 ore (adică un gram şi jumătate timp de 3 zile). Vedeam băiatul zilnic. După a doua zi secreţia a diminuat foarte mult, găsind încă rari gonococi. După 48 de ore n'am mai găsit gonococi, iar a 3-a zi toate simptomele clinice dispăruseră. Am continuat tratamentul încă 7 zile. Doza de medicament a fost diminuată dela a 5-a zi la 1 gram pe zi, (la 6 ore un sfert de tabletă), la a 10-a zi am întrerupt tratamentul, am făcut probele de reactivare şi copilul a fost găsit complect vindecat fără recidivă (revăzut după 2 luni de zile).

Cum au suportat bolnavii tratamentul?

Adulţii în general foarte bine. Niciunul n'a fost nevoit să întrerupă tratamentul. Un singur pacient a prezentat a 6-a zi dela tratament un eritem scarlatiniform pe abdomen şi braţe care a durat vre-o 2 zile. Am întrerupt tratamentul şi totul s'a aranjat foarte bine. Din 29 de adulţi, 3 pacienţi s'au plâns de cefalee (le-am recomandat câte-un Nanu-Muscel putând astfel continua şi tratamentul şi ocupaţiunile lor), un pacient a prezentat diaree (a ţinut timp de 24 de ore) i-am întrerupt o zi medicamentul, apoi l-a reluat şi l-a suportat bine până la sfârşit, doi pacienţi au prezentat fosfaturie.

Dealtfel Michon pe 100 de cazuri tratate cu «Dagenan» cam cu aceleaşi doze are un singur caz de adevărată intoleranţă (cefalee violentă, vârsături), a suprimat medicamentul şi în 2 zile intoxicaţia a încetat. Deasemeni citează 2 cazuri de eritem scarlatiniform (Soc. Fr. d'urologie 20 III 1939).

Cuilleret (Bullt. de la s. fr. de derm. et de Syphil. Noembrie 1938) pe 98 de cazuri are un singur pacient cu urti-

care generalizată, încolo uşoară cefalee, foame dureroasă câteodată, transpiraţii nocturne. N'am găsit în literatura avută la îndemână nici un caz de intoxicaţie gravă sau vre-un caz mortal cu Dagenan. Toţi autorii sunt de părere a recunoaşte că preparatul este în genere bine suportat şi nu atacă nici un organ.

Personal am controlat urinele bolnaviilor cam la 2—3 zile şi nu am găsit la nici unul albumină sau vre-un alt semn de iritaţie renală.

Pentru a controla acţiunea medicamentului asupra organelor hematopoetice, am examinat la 14 pacienţi hemograma completă, timpul de sângerare şi coagulare înainte de începerea tratamentului şi la 6—10—12 zile dela această dată. Examenele au fost făcute de d-ra dr. Magdalena Weiss dela Laboratorul Central dela Colentina, căreia îi aduc şi pe această cale mulţumirile mele.

Iată rezumatul acestor cercetări: 1. Globulele roşii n'au scăzut din cauza tratamentului, au fost variaţii fără însemnătate. La cei cu globulele roşii sub 4 milioane la începutul tratamentului, acest număr s'a menţinut şi după sfârşitul tratamentului. 2. Hemoglobina deasemenea a rămas în limitele normale. 3. Globulele albe au scăzut într'un singur caz dela 6.000 la 4.500). 4. Formula leucocitară în 6 cazuri a arătat uşoară eosinofilie, variind între 4—9% la sfârşitul tratamentului. Timpul de sângerare şi coagulare nevariat.

Rezultă deci din acest tablou că «Dagenanul» prescris în dozele indicate de mine nu produce vre-o anemie sau vre-un semn de iritaţie a organelor hemato-poetice. Aşi propune ca persoanelor debile, anemiate, palide, dacă li se face un tratament cu «Dagenan» să li se controleze la 4—5 zile hemograma pentru a surprinde poate vre-o modificare a formulei sau apariţia de rare agranulocite care au fost citate de unii autori.

In Februarie 1938 *Jaubert* şi *Motz* atrag atenţiunea la Societatea de Biologie asupra acţiunii inhibitrice asupra spermatogenezei produse de sulfamide şi anume: ei găsesc pe un număr de 23 de bolnavi, că 39% din cei trataţi cu derivatele sulfo-conjugate, au numărul de spermatozoizi diminuat pe câmpul microscopic între 20—100, iar alţii 30%, îi au foarte rari între 1—20 de spermatozoizi pe câmp microscopic, deasemenea ei constată o diminuare a mobilităţii spermatozoizilor precum şi forme anormale.

Am putut controla personal atât 13 bolnavi trataţi cu Rodilone cât şi 16 bolnavi trataţi cu Dagenan, rugându-i să-mi aducă ejaculatul într'un prezervativ timp de 1/2 oră dela raportul sexual. Controlul era făcut cam la 10—20 de zile dela încetarea luării medicamentului. N'aşi putea spune că am găsit ceva anormal sau ceva care ar putea reţine atenţiunea noastră. La nici unul n'am observat azoospermie. Erau şi spermatozoizi imobili, am găsit şi câte 30—40 pe unele câmpuri dar cu aceste date suntem încă în limitele normalului. Se admite că o spermă normală poate avea până la 30% spermatozoizi imobili şi 25% forme anormale. Deci şi în această privinţă Dagenanul nu are vre-o înrâurire asupra spermatogenezei.

Nici unul din pacienţi n'a făcut vre-o complicaţie în timpul tratamentului, fapt explicabil de altfel, din momentul ce după 24—48 ore nu mai găsim gonococi în secreţie.

Dacă acestea sunt faptele, putem oare spune că Dagenanul corespunde medicaţiei ideale în tratamentul uretritei gonococice? Cred că putem afirma că nu suntem departe. Idealul ar fi după unii să renunţăm la tratamentul local. Până în prezent cei care au încercat numai tratamentul chimioterapeutic cu Dagenan fără spălături au obţinut vindecarea în 80 la % în timp de 6—15 zile (*Vernes Palazzoli* şi *Remy Giard*. (Archives de l'Institut prophylactique tome 10/1938). Deasemeni *Durel* (Bull. d. l. soc. Fr. Derm. et de Syph. No. 6/1938) pe 28 bolnavi cu uretrite anterioare şi totale, întrebuinţând 20 grame de Dagenan în 8 zile, constată dispariţia gonococilor şi vindecarea radicală în 12 cazuri (2—4 zile) în 4 cazuri în 5—7 zile, un caz în 10 zile şi un eşec. Incontestabil că sunt rezultate frumoase şi demne de reţinut, dar eu mă raliez totuşi acelora (*Janet, Heitz, Boyer, Fey* şi *Barbellion*) cari asociază chimioterapieie şi tratamentul local. Chimioterapia sulfamidată nu este încă absolut lipsită de accidente şi întrebuinţată singură nu dă încă sută la sută succese. Bolnavul trebue supraveghiat din punct de vedere al secreţiei şi filamentelor aproape zilnic, trebue controlat ca stare generală şi în al treilea rând acţionăm mult mai repede şi mai sigur prin tratamentul mixt chimic şi local. Eu n'am avut cu Rodilonul şi nici cu Dagenanul nici un eşec. Dacă trebue să comparăm aceste rezultate cu cele publicate cu alte produse sulfamidate, cred că superioritatea Dagenanului rezidă tocmai în faptul că putem să-l aplicăm în uretritele acute, supra acute de la începutul maladiei, acolo unde alte preparate păreau contra indicate sau au dat rezultate dubioase (Prof. *Tătaru* şi dr. *P. Cirlea* Clujul Medical No. 11. 1938).

Care sunt contra-indicaţiunile şi ce măsuri preventive am putea lua?

1. Să ne ferim a-l prescrie bolnavilor anemiaţi, astenici cu tendinţe hemoragice, celor cu insuficenţă renală şi hepato-renală precum şi celor cu tuberculoză pulmonară.

2. Să căutăm ca bolnavii să aibă scaun regulat cu ajutorul uleiurilor minerale, nu cu sulfat de sodiu sau de magneziu pentru a evita absorbţia sulfului în organism.

3. Să recomandăm pacienţilor să se cruţe pe cât posibil de o muncă prea excesivă. Am observat şi eu că cei odihniţi sau spitalizaţi suportă mai bine medicaţiunea.

4. Să le facem la 6—7 zile o hemogramă care ne va pune la adăpostul vre-unei surprize şi să le căutăm din 2—2 zile urina pentru albumină, pigmenţi biliari şi eventuali cilindri şi hematii.

5. Să-i ferim de asociaţiile medicamentoase în special celor sifilitici în plină cură arseno-bismutică.

6. Să fim prudenţi faţă de cei însuraţi şi faţă de candidaţii la însurătoare, în sensul de a nu le permite reluarea raporturilor sexuale fără prezervativ decât după 20—30 de zile dela încetarea tratamentului, deoarece s'au citat cazuri de recidive chiar după 20—30 de zile.

7. In cazurile de recidivă, se recomandă examenul uretroscopic şi cauterizarea eventualelor focare de infecţiune. Reluarea tratamentului chimioterapeutic bucal să se facă după aceleaşi norme şi numai după ce s'au scurs 7—8 zile de pauză.

In concluzie: blenoragia a intrat datorită chimioterapiei, în rândul boalelor uşor şi sigur vindecabile. Trăim cu această metodă aceiaşi revoluţie terapeutică provocată de introducerea salvarsanului în sifiligrafie. Consider că e de datoria fiecărui medic practician să se pună la punct cu practica acestei metode. Ţinând seama de contraindicaţiile şi de cele câteva măsuri preventive, putem afirma că chimioterapia cu Dagenan, asociată cu tratamentul local, dă aproape sută la sută vindecare în uretritele acute precum şi în cele cronice, la bărbaţi, femei şi copii, ferind astfel pe bolnavi de complicaţiuni.

Atât de răsunătoare sunt succesele acestei metode încât Prof. *Legueu* în şedinţa soc. fr. de urologie din 20/III 1939 afirmă: «Rezultatele obţinute cu Dagenan sunt remarcabile şi confirmă în totul cele raportate de *Janet*».

Rolul chimioterapiei în tratamentul blenoragiei, ca maladie socială, apare epocal şi cu consecinţe dintre cele mai fructuoase pentru sănătatea publică. Poate vor mai apare noi preparate, se va găsi poate o formă injectabilă intravenoasă pentru a controla mai bine pe bolnavi şi a acţiona şi mai repede asupra gonococului, dar un fapt e cert: **viitorul tratamentului blenoragiei va fi exclusiv al chimioterapiei.**

LUPTA CONTRA REUMATISMULUI*)

Primele realizări la noi

de Dr. T. A. TANAŞOCA

In foarte multe ţări se duce o luptă bine organizată şi foarte intensă pentru înlăturarea tuturor bolilor cari vatămă sănătatea publică şi reduc astfel capacitatea lor de producţie. Această luptă este îndreptată atât pentru a preveni, cât şi pentru a combate în mod sistematic şi ştiinţific toate bolile capabile de a cauza invalidităţi de lungă durată — uneori permanente — aducând astfel mari prejudicii atât sănătăţii cât şi economiei în sine.

Dacă sifilisul, cancerul, tuberculoza, alcoolismul, pelagra şi guşa au constituit preocupările de căpetenie şi de fiecare moment a acelora cari se ocupă de combaterea lor, reumatismul prin marea lui frecvenţă, prin durata lungă a evoluţiei sale, prin sechelele grave ce le poate da, atât asupra sistemului locomotor cât şi asupra aparatului circulator, este un tot atât de mare flagel social, încât trebue să stârnească o preocupare şi o grijă deosebită. Statisticile publicate în ultimii ani în unele ţări, abundă în informaţii foarte interesante, în sensul că pensiile plătite pentru invaliditatea contra reumatismului depăşesc pe acelea plătite pentru tuberculoză: în Suedia se cheltueşte de două ori mai mult pentru reumatism decât pentru tuberculoză.

Concepută pentru prima dată în străinătate, lupta contra reumatismului a fost concretizată prin înfiinţarea «Ligii internaţionale contra reumatismului», cu sediul la Amsterdam şi condusă cu atâta pricepere, abnegaţie şi devotament de către distinsul şi reputatul reumatolog *Dr. van Breemen*, al cărei secretar general este. Eforturile acestei înjghebări n'au întârziat să-şi dea roadele şi observăm în mod treptat înfiinţarea de organizaţii serioase în Franţa, Anglia, Germania, Rusia, Belgia, Danemarca, Suedia şi România.

O a doua etapă de progres în lupta contra reumatismului pe tărâm internaţional, o marchează hotărîrea Oficiului Internaţional de Igienă publică din Paris în 1936, care sesizat de un documentat memoriu, făcut de delegatul oficial al ţării noastre — *D. Prof. Danielopolu* — ia în consideraţie gravitatea acestei probleme şi pentru prima oară hotărăşte să se ia în studiu această chestiune; anterior, aceiaşi problemă este adusă în desbateri de mai multe ori de diferiţi delegaţi, fără ca Oficiul să dea curs acestor propuneri. Tot în acelaş an ia naştere la noi prima organizare pentru combaterea reumatismului şi a bolilor aparatului circulator sub denumirea de: «Diviziunea cardio-reumatologică», anexată Institutului «Clinico-Medical A». Din 1927 s'a creat o consultaţie de cardiologie anexată aceluiaş Institut dela Spitalul Filantropia.

Deşi ca mijloace de luptă şi posibilităţi de realizări încă modeste, totuşi concepţia de organizare preconizată de Prof. *Danielopolu*, este cea mai practică şi cea mai ideală, căci cuprinde în ea atât combaterea reumatismului cât şi a afecţiunilor aparatului circulator.

In memoriul menţionat mai sus s'a propus următoarea clasificare asupra reumatismelor, inspirată de Prof. *Danielopolu* şi şcoala sa:

1) Reumatisme de natură infecţioasă

a) Reumatism cardio-articular specific.
b) Pseudo-reumatism infecţios.
c) Reumatism mixt.
d) Reumatism tuberculos.

2) Reumatisme de natură neinfecţioasă.

Guta şi alte turburări de nutriţie.
Turburări endocriniene.
Cauze nervoase, ect.

Prin reumatism cardio-articular specific noi înţelegem reumatismul poliarticular acut sau maladia lui *Bouillaud*. Reumatismul mixt este rezultanta asociaţiei morbide a virusului specific al reumatismului cardio-articular specific cu un alt microb din flora saprofiită a rino-faringelui, în special streptococul.

Am făcut aceste menţiuni schematice asupra clarificărei, deoarece mai jos va fi vorba mai des de ele.

Dacă numărul total al bolnavilor nu justifică o discuţie amplă asupra raportului dintre reumatism şi bolile de inimă, cel puţin cei atinşi de reumatism cardio-articular specific, cei suferinzi de una din formele de reumatism asociat cu ipertensiune arterială, leziuni valvulare, sau miocardice, sifilitice sau de altă natură, formează un procent foarte mare şi ne determină a privi problema tratamentului şi a profilaxiei sub acest dublu aspect al reumatismului şi al bolilor aparatului circulator. Un al doilea factor care justifică organizarea luptei comune pentru aceste afecţiuni, este marele număr de bolnavi cu endocardită septică. Afară de mici excepţii, endocardita septică se grefează mai întotdeauna pe vechi leziuni endocardice datorite virusului reumatismal. Statisticile făcute de noi pe un număr însemnat de bolnavi cari s'au perindat pe o perioadă de 10 ani în Institutul Clinico-Medical A., confirmă aceste aserţiuni.

Iată de ce gruparea luptei contra reumatismului şi a bolilor de inimă este necesară şi justificată prin întinsele raporturi ce există între ele. Pe de altă parte, existenţa foarte frecventă a reumatismului mixt a cărui sechele articulare sunt mai numeroase şi mai intense decât a reumatismului cardio-articular specific, este un element în plus pentru combaterea comună a acestor afecţiuni.

Insfârşit, posibilitatea de organizaţie separată a luptei contra acestor afecţiuni sunt mult mai costisitoare şi mai greu realizabile pe terenul practic. O singură organizaţie care să realizeze şi să coordoneze toate mijloacele menite a stăvili şi a remedia cât mai repede şi mai eficace posibil ravagiile ce aceste afecţiuni le fac la bolnavii de toate vârstele, constitue obiectivul principal al sforţărilor ei.

Prevenirea, depistarea precoce, orientarea profesională, climatul, igiena locuinţei, igiena şcolară şi tratamentul periodic al reumatismului de toate formele, constituesc punctele cardinale către care trebue să-şi îndrepte acţiunea de luptă o organizaţie de felul acesta.

Se pretinde în general, că reumatismul este o boală electivă pentru ţările nordice şi că morbiditatea pentru afecţiuni articulare este mai puţin întinsă în alte ţări. Intr'adevăr, reumatismul este mult mai rar în ţările cu climat cald, frigul şi umiditatea constituind două condiţiuni favorabile pentru desvoltarea lui.

In ceeace priveşte ţara noastră, reumatismul atât cel acut, cât şi cel cronic, este foarte răspândit, iar numărul invalidităţilor de diferite grade este colosal de mare. Determinaţiunile cardiace ale reumatismului cardio-articular specific, cu toate sechelele ce le lasă, constitue 70 — 80% din totalul afecţiunilor cardiace.

La noi, Instituţiunei, care nu şi-a desmiţit nici o clipă grija permanentă pentru asistenţa medicală, îi revine marele merit de a fi îmbrăţişat cu toată înţelegerea gravitatea acestei mari probleme şi s'o traducă în fapt încă dela 1936.

Inspirată şi îndrumată de concepţiile creatoare ale Prof. *Danielopolu*, Eforia Spitalelor Civile a destinat îngrijirei bolnavilor reumatici şi cardiaci Sanatoriul balnear de la Eforie, anexându-l Institutului Clinico-Medical A. dela Spitalul Filantropia.

Dar iniţiativa acestei Instituţii este cu atât mai lăudabilă, cu cât înfruntând atâtea greutăţi financiare, nu s'a dat în lături pentru frumoasele realizări, atât în ceeace priveşte asistenţa medicală, cât şi învăţământul clinic.

In 1938 Eforia anexează aceleiaşi or-

*) Lucrare făcută în Institutul Clinico-Medical A.— Diviziunea Cardido-Reumatologică — Director : *Prof. D. Daniclolopolu*

ganizaţiuni şi noul stabiliment construit de Banca Naţională, care reprezintă una din înjghebările de luptă antireumatismală din cele mai strălucite din Europa. Nu putem uita cu această ocaziune interesul ce a purtat întotdeauna, pentru orice operă socială şi culturală, Banca Naţională, care a ajutat aşa de mult Eforia pentru organizarea Clinicelor din Bucureşti şi care în condiţiuni aşa de avantajoase a permis ca Eforia Spitalelor să-şi complecteze centrul anti-reumatismal cu cel mai frumos stabiliment balnear din Europa.

Concomitent cu organizarea stabilimentului balnear dela Eforie, se creează în Mai 1936 un serviciu de consultaţii pentru reumatism în Spitalul Filantropia. In acelaş spital şi ataşat Institutului Clinico-Medical A, funcţionează încă din 1927 un serviciu de consultaţii pentru bolile aparatului circulator; acest serviciu şi-a extins sfera lui de activitate prin anchete la diferite şcoli din capitală, contribuind astfel la depistarea unui mare număr de afecţiuni cardiace reumatismale, congenitale sau de altă natură.

In acest fel ia naştere Diviziunea Cardio-reumatologică cu două secţiuni: una la Bucureşti cu cele două servicii de consultaţii — una pentru reumatism şi alta pentru afecţiunile aparatului circulator — a doua la Eforie-Techirghiol despre care vom vorbi mai jos.

Consultaţiunile pentru reumatism la Spitalul Filantropia se dau de 2 ori pe săptămână, în lunile Octombrie-Mai, şi de trei ori pe săptămână în lunile Mai—Octombrie. Până în prezent numărul consultaţilor date depăşeşte 2500; tot aci se face triajul bolnavilor cari sunt îndrumaţi pentru tratamentul balnear dela Eforie. Este locul să menţionăm câteva constatări destul de importante şi grave în acelaş timp asupra următoarelor puncte:

Am avut ocazia să vedem un număr destul de mare de bolnavi cu reumatism cardio-articular specific, cu leziuni cardiace constituite şi spre marele nostru regret, aceşti bolnavi fuseseră supuşi unor tratamente empirice, cari nu numai că nu le-au ameliorat starea lor gravă, dar au fost sustraşi dela tratamentul specific pe care-l posedăm în metoda salicilo-alcalino-masivă aşa cum a fost preconizat de Danielopolu şi şcoala sa. Este o gravă eroare a ignora un tratament aşa de eficace când administrat precoce şi metodic, previne şi înlătură leziunile cardiace.

Nu mică ne-a fost mirarea când la întrebările puse bolnavilor de toate vârstele, dacă au luat salicilat, să ni se răspundă că au fost sfătuiţi să nu urmeze cu acest medicament «căci le atacă inima şi rinichiul»!

In multe cazuri salicilatul chiar dacă a fost administrat, dozele prescrise erau aşa de mici, sau neasociate cu doza dublă de bicarbonat, încât efectul era aproape redus. Timp de 3 ani jumătate am reuşit să înlăturăm în bună parte aceste prejudecăţi şi am putut educa un mare număr din aceşti bolnavi a urma sistematic şi după metodele admise în Institut, tratamentul cu salicilat de sodiu. Cei cari se prezintau în plin puseu au fost internaţi în serviciul Clinicei şi în urmă au fost urmăriţi cu o fişă individuală în mod regulat la consultaţii.

O altă categorie destul de numeroasă de bolnavi, văzuţi la această consultaţie, o constitue cei cu reumatism blenoragic. Am căutat să dăm o asistenţă cât mai urgentă acestora, aplicându-le tratamentul indicat şi avem satisfacţia să afirmăm că mulţi dintre ei i-am sustras dela gravele sechele ce le determină această formă de reumatism, atunci când sunt neglijaţi şi nu sunt supuşi tratamentului de la primele manifestări ale bolii.

Laboratoarele de chimie biologică, hematologie, bacteriologie, serologie şi radiologie ale Institutului, ne-au dat posibilitatea să avem un studiu complect al bolnavilor atât celor îngrijiţi la consultaţii, cât şi pentru cei îndrumaţi pentru tratament la Sanatoriul Eforiei.

Deasemeni mulţi din bolnavi au beneficiat de tratamentul cu agenţi fizici ce se face în Institut la secţia de Fizioterapie.

Este locul să menţionăm că dela începutul anului 1939, de când s'a deschis spitalul Academiei Române, Fundaţiunea M. Elias, pus sub direcţia Prof. Danielopolu, funcţionează un serviciu de consultaţii pentru reumatism şi afecţiunile aparatului circulator. Acest spital este dotat cu un serviciu de hidro-mecano-terapie, unde se pot da până la 300 tratamente pe zi. Bine utilat, acest serviciu constiute una din cele mai frumoase realizări pentru combaterea reumatismului. Mulţi din bolnavii ce urmează consultaţiile dela spitalul Filantropia sunt îndrumaţi şi beneficiază şi ei de tratamentul cu agenţi fizici a sus zisului spital.

A doua Diviziune cardio-reumatologică îşi are sediul la Eforie şi este compusă din două stabilimente balneare cu o capacitate zilnică de 800 — 1000 băi. Două spitale sanatorii anexate stabilimentelor de mai sus adăpostesc în lunile Iulie şi August circa 300 bolnavi, iar în luna Septembrie 100 — 150. In cursul anilor 1936 şi 1937 a funcţionat numai unul din stabilimentele de băi cu vechiul sanatoriu de la Eforie.

Din 1938 funcţionează şi stabilimentul nou, construit de Banca Naţională a României prevăzut cu cele mai moderne instalaţii împreună cu sanatoriul anexat lui. Numărul bolnavilor internaţi în aceste două Sanatorii este de aproximativ 400 anual la care se adaogă şi cei cu tratament ambulatoriu al căror număr variază între 350 — 500 anual. In fiecare din aceste stabilimente funcţionează un serviciu de consultaţie pentru reumatism şi cardiologie şi un serviciu pentru consultaţii ginecologice condus de d. dr. *T. Frumuşanu.*

Stabilimentele dela Eforie sunt înzestrate cu laboratoare de chimie biologică, bacteriologie, radiologie şi electro-cardiologie cari sunt necesare unor cercetări cât mai complecte a bolnavilor, cât şi aplicării unui tratament adequat.

Un serviciu de fizioterapie este înzestrat cu toate aparatele necesare tratamentelor ce se aplică concomitent cu tratamentul balnear cum sunt: ionizări cu diferite medicamente, băi celulare, raze ultra-violete, infra-roşii, diatermie, unde scurte, masaj vibrator, băi de lumină, curenţi galvanici, curenţi faradici, etc. Mecanoterapia, masajul medical şi gimnastica medicală sunt realizate prin colaborarea medicilor specializaţi ai Academiei Naţionale de Educaţie Fizică dela Eforie. Suntem fericiţi că putem colabora cu Academia de Educaţie Fizică, instituţie care a făcut să progreseze aşa de mult educaţia fizică în ţara noastră, stabilind-o pe baze ştiinţifice şi care a binevoit să ne permită utilizarea instalaţiunilor sale de mecanoterapie Zander.

Superioritatea şi caracteristicile acestei organizări dau posibilitatea unei atente şi complete îngrijiri a bolnavilor, iar pe de altă parte acordarea asistenţei medicale, atât celor cu dare de mână, cât şi celor săraci; sunt excepţionale staţiunile balneare unde să se dea tratamente gratuite la săraci.

In sanatoriile noastre veniturile provenite de la bolnavi cu plată acoperă cheltuelile făcute pentru tratamentul făcut celor gratuiţi.

Şi este locul să relevăm aci că Eforia Spitalelor Civile a dat până în prezent internare gratuită şi tratament în stabilimentele noastre la peste 500 bolnavi. Osebit de aceasta, se acordă gratuitate şi reducere la băi la foarte mulţi bolnavi cari urmează tratamentul ambulatoriu.

Cum această organizare ne dă posibilitatea unei supraveghieri cât mai apropiate a bolnavului, putem realiza două condiţiuni primordiale pentru tratamentul lui:

1) *Tratamentul periodic şi prelungit.* — Dacă starea unui bolnav care se prezintă la consultaţia din Bucureşti necesită internarea lui, este urmărit şi tratat după ieşirea din spital în tot cursul anului, iar în timpul sezonului de vară urmează tratamentul balnear de aproximativ o lună la E-

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecţios.

In fermentaţiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic şi infecţios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDURER OS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 $^{0}/_{00}$, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2—3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre şi literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.
Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.
Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
S. A. (Suisse)

ANDROSAN

HORMON SEXUAL MASCULIN

Preparat pur biologic, titrat riguros în unităţi creastă de găină (U. C. G.)

INDICAŢIUNI:

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţă, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, hypertrofie de prostată, tulburări de micţiune, etc.

In Gynecologie: hyperfoliculinemie, mastită menstruală, mastopatie cronică, hyper-erotism, fibrom uterin.

ANDROSAN se prezintă în următoarele 3 concentraţiuni pentru injecţiuni intramusculare:

fiole de 1 cc. a 100 U. C. G. = 5 mgr. hormon sexual masculin preparat pe cale sintetică
fiole de 1 cc. a 200 U. C. G. = 10 mgr. hormon sexual masculin preparat pe cale sintetică
fiole de 1 cc. a 500 U. C. G. = 25 mgr. hormon sexual masculin preparat pe cale sintetică

PREZENTARE:

Cutii cu 4 fiole a 100 U. C. G. = 5 mgr.
" " " " a 200 U. C. G. = 10 mgr.
" " " " a 500 U. C. G. = 25 mgr.
Ambalaj de spital cu 10, 15, 25, 50 şi 100 fiole.

POSOLOGIE: La 2 zile o injecţiune. Se poate mări doza la o injecţiune zilnic, fără nici o contra-indicaţiune.

Tratamentul tuturor formelor de anemii prin

HEPAFER

Extract hepatic, conţinând principiul antianemic (Fracţiunea G. a lui Cohn) complect delipoidat şi deproteinat, oferind maximum de efecte teraputice.

PREZENTARE:

SIROP de luat „per os" pentru copii şi adulţi.
FIOLE pentru injecţiuni intra-musculare

Cutii cu 5 fiole a 2 ccm.
„ „ 10 „ „ 2 ccm.
„ „ 5 „ „ 5 ccm.
„ „ 10 „ „ 5 ccm.

POSOLOGIE: Tratamentul va fi individualizat după caz şi după gradul anemiilor: 2—3 linguri „per os" pe zi sau 1—2 injecţiuni intra-musculare.

Toate preparatele poartă un număr de control biologic al Laboratoarelor de Cercetări şi Analize Bio—Hormonale «Dr. Al. Crainicianu» din Bucureşti, Str. I. G. Duca 19, Tel. 2.80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România:

„CENTRA"

Bucureşti, Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21.

forie. In acest fel bolnavul nu este pierdut din vedere şi poate fi urmărit mai mult timp şi supraveghiat asupra tratamentului şi asupra muncii ce o exercită. La aceasta ar trebui să se adaoge şi asistenţa socială, atât pentru bolnavi cât şi pentru familiile lor; într'un viitor apropiat sperăm să putem înfăptui şi acest deziderat foarte important, pentru a complecta organizaţia anti-reumatismală.

2) *Tratamentul balnear organizat pe baze ştiinţifice.* — Inainte de a avea un control apropiat şi riguros asupra bolnavilor, erau excluşi dela cură mulţi: fie că li se diagnosticau o leziune cardiacă, sau erau supuşi la tratamente foarte severe şi nu le puteau suporta. In prezent fiecare bolnav internat sau nu posedă o observaţie medicală. Fiecare din ei este urmărit în mod permanent în tot timpul curei şi pentru aceasta, la cele două stabilimente există o cameră de examinare unde un intern sub controlul medicului, cercetează observaţia, ia pulsul şi tensiunea arterială a bolnavului şi supraveghiază cântărirea lui. Numai după aceste preliminare cercetări medicale. se eliberează bonul de bae. In felul acesta se exercită un control riguros nu numai bolnavilor internaţi şi cari sunt supuşi regulilor spitaliceşti, ci şe celor cari urmează tratamentul ambulatoriu.

O atenţiune specială a fost acordată tensiunei arteriale sub influenţa băilor calde de nămol şi aplicaţiunilor locale de nămol. Urmărită zi de zi, înainte şi după bae la un număr de 368 de bolnavi, s'a constatat o scădere a maximei între ½ şi 6 cm. şi a minimei între ½ şi 3 cm. la un procent de 95% din bolnavii studiaţi. In linii generale ca tratament balnear se dau băile calde de nămol la bolnavii valizi, iar celor cu leziuni valvulare, ipertensivi, ipotensivi şi cari nu pot suporta băile li se prescriu aplicaţiuni locale cu nămol. La aceasta, asociem, după cum este cazul, medicaţia salicilică pentru sechelele celor cu puseuri anterioare de reumatism cardio-articular specific, pentru a nu-şi întrerupe tratamentul pe care sunt obligaţi să-l urmeze un timp mai îndelungat sau alte tratamente medicamentoase, ca tonice cardiace, opoterapie, fizioterapie, etc.

In cadrul expunerei de faţă nu pot intra în amănunte de tratament. Pentru detalii asupra indicaţiilor terapeutice, cât şi asupra tratamentului în sine, se poate citi mult interesanta conferinţă făcută de d. Docent *C. C. Dimitriu*, la Băile Herculane în 1938. Cu această ocazie d-sa a abordat problema reumatismului în cadrul terapeuticei ce se aplică la Institutul Clinico-Medical A.

Pentru diferite anchiloze şi sechele de fracturi unde recăpătarea mişcărilor articulare şi refacerea sistemului muschiular constitue obiectivul terapeutic principal, se aplică dela caz la caz exerciţii fizice, masaj, gimnastică medicală şi mecano-terapie, atât activă cât şi pasivă cu aparatele Zander. Instalaţiile de hidro-terapie cari vor fi desăvârşite în cursul anului, ne vor da posibilitatea să aplicăm masajul sub apă, aşa cum se practică la Vichy şi care dă aşa de bune rezultate în formele de reumatism cronic incipient. O serie întreagă de instalaţii de hidroterapie cu aplicaţii în afecţiunile ginecologice, vor complecta instalaţiunile noului stabiliment de băi.

Deoarece reumaticii au o deficienţă destul de marcată a funcţiunilor pielii, am căutat să acordăm sudaţiei, pe care trebue s'o facă bolnavii după băile de nămol sau după aplicaţia de nămol, toată importanţa ce o are pentru ca să se facă în cele mai bune condiţiuni. Prin sudaţie unii din bolnavii noştri au pierdut între 200 — 1800 gr. greutate; în felul acesta toxinele vehiculate de sudoare uşurează mult funcţiunile rinichilor cari sunt uneori uşor deficiente la reumatici.

Pentru aceasta ambele stabilimente sunt prevăzute cu săli spaţioase şi ventilate şi uneori încălzite, când necesităţile atmosferice o impun. Noul stabiliment balnear este prevăzut cu o instalaţie de aer condiţionat care permite să se ia băile în condiţiuni foarte agreabile, şi să variem temperatura cabinelor după nevoe.

Cum supravegherea apropiată a bolnavilor constitue preocuparea noastră de fiecare moment, am căutat să dăm o raţională utilizare a razelor solare. Nu putem dispensa pe reumaticii cronici şi în special cei atinşi de un reumatism tuberculos de helioterapie. In zilele lipsite de curenţi şi numai înainte de bae, mulţi dintre pacienţii noştri îşi urmează cura de soare în două solarii sistematice, înconjurate de ziduri înalte pentru a fi ferite de vânturi. In acest fel scutim bolnavii de a face un drum până la plajă şi-i cruţăm de riscurile contractării unor noui puseuri de reumatism, cu atât mai mult cu cât uneori nisipul de pe plajă este umed în cursul dimineţii.

In afară de factorul caloric, acţiunea razelor solare asupra metabolismului fosforului şi calciului explică rezultatele favorabile obţinute.

Incă din primul an am căutat să ne dăm seama de acţiunea biologică a nămolului. In acest sens am întreprins o serie de cercetări cu rezultate foarte interesante, privind modificările glicemiei, acidului uric, ureei, cholesterinei, etc. cari vor forma obiectul unor publicaţii ulterioare.

Viteza de sedimentare, considerată încă ca un test de diagnostic şi pronostic, a fost cercetată în toate cazurile bolnavilor internaţi. După cum vedem nu s'a neglijat nici latura cercetărilor de laborator, care sunt aşa de importante pentru un bun diagnostic şi un studiu detaliat al reumatismului. In sfârşit, aplicarea unui regim alimentar, impus de multe ori în anumite forme de reumatism, a putut fi realizat la bolnavii internaţi în sanatoriu, aceştia fiind obligaţi a primi alimentaţia prescrisă după indicaţiile medicale.

In scurtul timp de când am organizat acest centru am fost călăuziţi de mai multe deziderate pe cari în parte am reuşit să le realizăm. Educarea bolnavilor de reumatism pentru a veni regulat la consultaţii şi a urma un tratament prelungit şi periodic, în special cei atinşi de reumatism cardio-articular specific. Apoi instruirea lor cu câteva principii referitoare la climat, igiena locuinţei, igiena generală, igiena alimentară şi orientarea profesională. Toate acestea sunt elemente de bază a unei bune organizări medico-sociale pentru combaterea reumatismului.

Am format, pe cât a fost posibil, personalul technic balnear, căutând să-l iniţiem cu nouile metode de aplicare a tratamentului. Am avut ocazia să constatăm că eforturile făcute pentru introducerea unor metode ştiinţifice în tratamentul reumatismului atât balnear cât şi medical, au fost înţelese de marea massă a suferinzilor, încât posibilităţile organizării noastre nu mai poate oferi asistenţă marelui număr de bolnavi.

In mod schematic am redat ceeace s'a realizat la noi în materie de luptă contra reumatismului. Cred că nu vom fi răstălmăciţi dacă nu au menţionat existenţa tuturor staţiunilor balneare din ţară unde se tratează reumaticii. Vizitatorii acestor staţiuni nu mai au posibilitatea de a fi urmăriţi de medici după ce au terminat tratamentul balnear.

Un plan amănunţit asupra unui vast program de organizare a luptei contra reumatismului şi a maladiilor aparatului circulator, a fost expus într'un memoriu la Academia de Medicină din Bucureşti.

Am spus într'un paragraf precedent că reumatismul cronic are nevoe de un tratament prelungit de ani de zile. In cadrul organizaţiei noastre, bolnavii după ce fac cura la Eforie, continuă tratamentul în cursul anului la consultaţiile reumatismale dela Spitalul Filantropia şi la acelea dela Spitalul Elias. Dar aci nu pot beneficia decât bolnavii din Bucureşti. Lupta contra reumatismului trebue întreprinsă în ţara întreagă. Organizaţii de acest fel trebuesc făcute şi în alte staţiuni balneare, iar bolnavii să-şi continue tratamentul în cursul anului în diferitele centre anti-reumatismale ce urmează a se crea în centrele mai importante din cuprinsul ţării.

Cum soarta unui reumatisant cu sechele cardiace sau fără, constitue cu timpul o povară grea pentru bolnav, familie sau societate, şi cum incapacitatea de muncă, se prelungeşte uneori şi poate deveni permanentă, are repercusiuni foarte dezastruoase asupra economiei, iată de ce, astăzi, când se fac atâtea eforturi mari pentru ameliorarea sanitară a ţării, această problemă trebue apreciată la justa ei gravitate şi să fie încadrată în programul de realizări ale marei ofensive sanitare.

BIBLIOGRAFIE

1) *D. Danielopolu, C. C. Dimitriu et T. Tanaşoca:* Le problème des rhumatismes et des cardiopathies rhumatismales. (Sess. Oct. 1936, Bull. Off. Hyg. No. 1, 1937).

1) *D. Danielopolu, C. C. Dimitriu et T. Tanaşoca:* Reumatismele şi afecţiunile aparatului circulator. Program de organizare medico-socială. (Bul. Acad. de Med. din România, No. 2, 1938).

3) *Dr. C. C. Dimitriu:* Terapeutica reumatismelor în centrul cardio-reumatologic al Institutului Clinico-Medical A. din Staţiunea balneară Eforie. (Conferinţă ţinută la Băile Herculane, Tip. Cultura, 1938).

4) *Ad. Ionescu:* Modificările tensiunei arteriale sub acţiunea băilor calde cu apă sărată şi nămol de Techirghiol Teză. — Bucureţti, 1937.

Al X-lea Congres Naţional de Chirurgie

(Bucureşti, 5-7 Noembrie, 1939)

de Dr. S. ŢOVARU

In aceste vremuri excepţionale, când sforţările colectivităţilor omeneşti se îndreaptă spre găsirea unor soluţii de optimă securitate a vieţii naţionale a popoarelor, preocupările de ordin spiritual ar părea anacronice. Asemenea manifestări comportă, totuşi, o semnificaţie adâncă şi măgulitoare pentru noi, ce se poate rezuma în clasicul adagio: *mens agitat molem*, adică: spiritul însufleţeşte materia, lumea.

In adevăr, observatori atenţi ai evenimentelor actuale şi în devenire, chirurgii români au găsit răgazul să-şi concentreze sforţările lor şi spre probleme ce privesc sferele spiritualităţii şi progresului ştiinţific, cu gândul că-şi servesc, prin aceasta, tocmai ce-i mai necesar, în aceste vremuri, unui popor: găsirea unor soluţii de optimă securitate a sănătăţii, cel mai preţios patrimoniu al unei naţiuni în plin proces de ascensiune.

Sub astfel de auspicii ce temperează orice avânt necesar realizărilor spirituale, s'a deschis al X-lea Congres naţional de chirurgie. Urmând îndemnul unei tradiţii abia consolidate, le-a fost foarte greu conducătorilor Asoc. române de chirurgie să cedeze cerinţelor vremii: *inter arma silent musae.*

Din această dilemă interioară a triumfat, precum se vede, imboldul cel mai puternic: preocupările ştiinţifice ce s'au concretizat în acest al X-lea congres, care, prin succesul obţinut, merită o menţiune specială în evoluţia chirurgiei româneşti.

* * *

Preşedinţia Congresului a avut-o, în acest an, d-l prof. Amza Jianu. In cuvântarea de deschidere, în faţa unei asistenţe numeroase, d-sa a făcut elogiul mişcător al maestrului majorităţii chirurgilor bătrâni, care a fost şi îndrumătorul chirurgiei moderne în România, prof. Th. Ionescu. In cuvinte impresionante a evidenţiat viaţa, opera şi activitatea acestei mari personalităţi dispărute dar care continuă să trăiască prin numeroşii şi distinşii elevi formaţi la şcoala lui chirurgicală.

Ministrul sănătăţii, d-l medic general dr. N. Marinescu, reamintind cuvintele adresate odinioară de nemuritorul chirurg militar Percy, «duceţi-vă acolo unde vă cheamă patria şi umanitatea, să le serviţi pe amândouă deopotrivă», — anunţă oficial iniţiativa de a fi stabilit, sub auspiciile Academiei de medicină, norme, directive şi linii de conduită chirurgicală pentru timp de război, ce vor apare, în curând, într'un volum special pus la dispoziţia medicilor.

Secretarul general al Asoc. de chirurgie, d-l dr. P. Topa, subliniind aportul din ce în ce mai frecvent şi preţios al chirurgilor din centrele provinciale, la progresele chirurgiei româneşti, declară că chirurgii, fără deosebire de vârstă, îşi vor face datoria către Ţară şi Rege, considerând aceasta ca o înaltă datorie de onoare a corpului chirurgical român.

* * *

Chestiunile puse la ordinea de zi au fost următoarele: 1. *Maladia lui Nicolas-Favre, în faza inguino-iliacă*, raportori d-nii prof. S. Nicolau (Bucureşti) şi Z. Borza (Cluj); 2. *Chirurgia compresiunilor medulare*, raportori d-nii D. Bagdasar şi T. Firică (Bucureşti) şi 3. *Hormonii în chirurgie*, raportori d-nii Gh. Plăcinţeanu (Iaşi) şi I. Porumbaru (Bucureşti).

1. D-l prof. Nicolau, într'un raport concis şi precis, expune datele principale ale problemei maladiei lui Nicolas-Favre în faza inguino-iliacă şi rezumă opinia competentă bazată pe întinsa-i experienţă personală cu privire la indicaţiile şi rezultatele metodelor therapeutice astfel: Ablaţiunea chirurgicală precoce a ganglionilor în faza de *mono-adenită* este foarte recomandabilă; când procesul se extinde la *mai mulţi ganglioni*, extirparea poate expune la infirmităţi penibile: elefantiazis al organelor genitale şi, mai rar, al membrelor inferioare; când se produce *supuraţia ganglionilor*, autorul preferă puncţia urmată de injecţii modificatoare în locul inciziei.

Dintre metodele fizice, razele X dau rezultate satisfăcătoare în bubonul *începător*, iar electrocoagularea sub formă de punctaţiuni profunde, dă rezultate mulţumitoare şi repezi în formele *disecante deschise.*

Dintre metodele chimice, raportorul acordă un credit preparatelor sulfamidate.

In fine, dintre metodele specifice, vaccinul românesc (Ionescu-Mihăieşti), are o acţiune rezolutivă incontestabilă dar inconstantă.

D-l Z. Borza, într'un raport mai amplu, bazat în bună parte pe analiza lucrărilor româneşti, este de părere că tratamentul chirurgical constitue, până în prezent, încă un tratament radical şi eficace în primele faze ale maladiei şi constitue singurul tratament capabil de a rezolvi maladia în fazele ei avansate.

2. D-nii D. Bagdasar şi Arseni, înfăţişează un aspect limitat al chestiunei compresiunilor medulare datorite numai formaţiunilor «*conţinutului*» rachidian (tumori şi leziuni inflamatorii ale măduvei, meningelor şi rădăcinelor.

Raportul este o dată importantă pentru literatura românească căci se bazează, în cea mai mare parte, pe documente aparţinând experienţei unui singur chirurg: 30 observaţii de compresiuni produse de tumori medulare primitive şi 7 de arachnoidite, tratate numai de autor, faţă de 40 de tumori medulare care reprezintă numărul total aparţinând chirurgilor români.

Concluziile autorilor, deşi pesimiste în ce priveşte rezultatele ce le poate da o asemenea chirurgie delicată, sunt impresionante prin convingerea sinceră exprimată în cuvintele deprimante pentru chirurg: «perspectivele unei exereze chirurgicale par să rămână închise şi în viitor... Totul ar fi de aşteptat de la un mijloc terapeutic chimic sau biologic care să realizeze o liză a ţesutului neoplazic *in situ.*

In ce priveşte compresiunile prin leziuni inflamatorii, rezultatele cele mai bune se obţin în formele de meningită *seroasă circumscrisă.* In formele *plastice* ruperea aderenţelor este excepţional urmată de vindecare.

FARMAKO

Laborator de produse chimico-farmaceutice.

Dizolvant energic al acidului uric şi al uraţilor, pe bază de dietilendiamină.

UROPURIN „FARMAKO"

granule efervescente

Diateza urică şi artritică, reumatism acut şi cronic, arterioscleroza, hipertensiune.

1 ling. de ceai la $^1/_2$ pahar cu apă de 2—3 ori pe zi.

Preparat policalcic perfect asimilabil, asociat cu Vitamina D.

FARMACALCIN „FARMAKO"

granule

Compoziţie: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan şi **vitamina D.**

Indicaţii: demineralizare, pre-şi tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofilie, astenie, convalescenţă, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulţi 3 — 4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.
Copii 1—2 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.

Gust plăcut.
Flacoane originale.

MAGNOIOD „FARMAKO"

fiole

Compoziţie: Iodură de sodiu şi thiosulfat de magnezie.

Indicaţii: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite ateromatoase, bronşite subacute şi cronice, emfizem pulmonar, astmă, nevralgie, sciatică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cutii cu 6 fiole de 5 şi 10 ccm.

„FARMAKO" Laborator de produse chimico-farmaceutice

CHOLERETIC
DESENSIBILIZANT
DIURETIC

DYCHOLIUM

Acid dehidrocholic

TOATE INSUFICIENŢELE HEPATICE
ICTERE
LITIAZE BILIARE
MIGRENE
OLIGURII

Prezentare : Cutii cu 6 fiole de 5 cc. conţinând 1 gr. de dehidrocholat de sodiu de fiolă.
Tuburi cu 20 comprimate de 0,30 gr. de acid dehidrocholic.

Posologie : 1 la 2 gr. în injecţii intravenoase fiecare zi sau la câte două zile.
2 la 6 comprimate pe zi, repartizate la începutul meselor, în perioade de zece zile.

98, Rue de Sèvres, 98 **THÉRAPLIX** PARIS-7e - Ségur 13-10

Propagande medicale: «THERAPLIX» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

Pneumonie
Bronchopneumonie
Gripă
Profilactic după operaţiuni

PULMOSEPT „Sapic"

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

LACTOCRESIN
„Sapic"

Sirop pe bază de:

Gaiacol lichid
Lactofosfat de Calciu
Codeină
Tinct. de Aconit

Puternic desinfectant pulmonar
Calmant al tusei
Recalcifiant

Analeptic **Cardiotonic**

CORDISAN „Sapic"
CORDISAN - EFEDRINA

Picături. Fiole injectabile. Pulbere pentru receptură.

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
„SAPIC"
Bucureşti VI, Strada Cazărmei No, 89.

D-l Th. Firică înfăţişează un alt aspect al chestiunei compresiunilor medulare datorite afecţiunilor *«conţinătorului»* rachidian (traumatismele, inflamaţiile şi tumorilor vertebrelor, discurilor şi ligamentelor). Din analiza minuţioasă a diverselor afecţiuni vertebrale susceptibile de a da naştere la compresiuni ale măduvei, ce derutează pe chirurg în alegerea unei conduite, raportorul conchide următoarele: tratamentul raţional al acestor compresiuni trebue să se inspire de la cunoaşterea precisă a factorului de compresiune, caracteristic fiecărei afecţiuni acute sau cronice, a coloanei vertebrale. Rezultatele obţinute sunt în raport direct cu gradul anatomic al leziunei medulare şi cu momentul aplicării tratamentului decompresiunei. In compresiunile ce survin brusc, intervenţia unui factor agravant (ischemia care duce repede la necroza măduvei), indică decompresiunea rapidă, spre deosebire de cele ce survin lent unde se poate alege momentul operaţiei.

3. D-l Gh. Plăcinţeanu studiază *anomaliile constituţionale endocrine* în raportul lor cu chirurgia (ectomiile şi grefele). Hormonii trebue să ocupe un loc de primă importanţă în cultura chirurgului. Raportorul exprimă două deziderate: controlul stării hormonale a bolnavilor ce trebuesc operaţi şi ataşarea unui endocrinolog la fiecare serviciu de chirurgie.

D-l I. Porumbaru, în raportul său face o documentată expunere a problemei atât de complexe a hormonilor, ale căror indicaţiuni şi rezultate, mai ales în domeniul practicei chirurgicale sunt încă într'un stadiu iniţial. Deşi e greu a reda, sub forma de concluzii, complexitatea şi diversitatea chestiunilor înfăţişate, totuşi, raportul constitue o sursă preţioasă de documentare şi orientare pentru chirurgul modern care trebue să se obişnuiască cu «gândirea biologică».

* * *

Preşedintele viitorului congres va fi d-l prof. N. Hortolomei, iar vicepreşedinte d-l I. Jianu.

Chestiunile puse la ordinea de zi sunt: 1. *Vitaminele în chirurgie;* 2. *Şocul chirurgical;* şi. 3. *Chirurgia splinei.*

REVISTA CARŢILOR

Contribuţiuni la studiul hipovitaminozei C. şi B_1 în graviditate. Teză pentru doctorat în medicină şi chirurgie, de **Dr. Olimpia O. Hagiopol.** Bucureşti, anul 1939, tipografia «Graiul Românesc».

In clinica regretatului profesor *Nicolae Zaharescu-Karaman,* problema hipovitaminozelor C. şi B_1, în graviditate, a fost studiată şi urmărită cu o stăruinţă deosebită de către *Doctorul Al. Bădescu,* medic primar al Maternităţii *«Regina Elisabeta» C. F. R.*

Publicaţiile *Doctorului Al. Bădescu,* singur sau în colaborare, precum şi comunicările făcute societăţilor medicale, au mers în mod normal şi didactic, spre alcătuirea unei teze de doctorat, încredinţată unei eleve a clinicei: *D-ra Dr. Olimpia O. Hagiopol*

Studiul hipovitaminozelor C. şi B1 în graviditate este relativ nou şi deaceea greu de adâncit, fiindcă necesită o serie întreagă de cunoştinţe de fiziopatologie obstetricală şi mai cu seamă de cercetări minuţioase de laborator, cari sunt cu atât mai necesare, cu cât terenul nu este desţelenit.

Citind această lucrare, am avut impresia că autoarea, pentru ca să învingă aceste dificultăţi, a recurs la trei discipline: metoda de studiu, disciplina didatctică şi un plan amănunţit de elaborare şi redacţiune.

1) *Metoda de studiu* întrebuinţată de *D-ra Olimpia Hagiopol* a fost: verificarea integrală a tuturor datelor cunoscute până acum. Aquiziţiile ştiinţifice din alte centre universitare, nu au fost însuşite, decât dacă au rezistat tuturor probelor cu putinţă de realizat. Sprijinindu-se pe aceşti stâlpi, D-sa a clădit şi mai departe după aceeaşi metodă.

2) *Disciplina didactică* a fost impusă de exigenţele unei clinici universitare. Elevul care vine într'un serviciu de specialitate să ceară un subiect de teză de doctorat şi pe care conducerea superioară a clinicei, îl onorează cu această răspundere, trebue să fie un element integrat în lucrul clinicei, un cunoscător al specialităţii, un elev care-şi recunoaşte maeştrii din serviciu, adevăraţii lui părinţi spirituali.

Când citesc o lucrare ştiinţifică, am câteva semne cari mă fac să-mi dau seama că la elaborarea ei a stăruit o riguroasă disciplină didactică: moderaţia în afirmări, lipsa de mesianism ştiinţific, rezerva înţeleaptă în sugestii, respect de munca predecesorilor, ţinuta frazei şi o bogată informaţie bibliografică românească şi străină.

3) *Planul de elaborare şi redactare* este călăuza lucrării, atât pentru autor în timpul cercetărilor, cât şi pentru cititor.

Planul care prezidează studiul hipovitaminozelor C. şi B_1 în graviditate este alcătuit de mână de meşter; nimic de prisos, nici o umflătură, numai stâlpi ştiinţifici de cari de nici unul nu ne putem dispensa.

* * *

Cercetările de laborator abundă. Doctorii *A. Ursu, D-ra Dr. E. Vasilescu* şi *D-rul Th. Popescu,* au dat autoarei un ajutor de nepreţuit.

Am impresia că *D-rul Al. Bădescu* a reuşit să pasioneze pe toţi aceşti admirabili colaboratori, către aceeaşi ţintă.

Deaceea contribuţia românească în acest studiu este foarte mare. Ar fi de dorit ca asemenea lucrări să poată ajunge în mâna medicilor practicieni, dornici de a se instrui, dornici de a fi în pas cu nouile cercetări medicale.

In adevăr, hipovitaminoza C poate provoca în timpul graviditătii un sindrom hemoragipar, epistaxis, gingivită cu gingivoragii, tendinţă marcată la echimoze, metroragii, tendinţă la avorturi spontane şi repetate, carii dentare.

Hipovitaminoza B_1 provoacă: nevrite, atonie gastro-intestinală, anemie, hipotensiune, leucoree, relaxarea dureroasă a simfizei pubiene.

La noii în ţară, unde problema ocrotirii şi asistenţei materno-infantile este una din cele mai de căpetenie probleme medico-sociale, cunoaşterea acestor carenţe de vitamine în puerperalitate, trebueşte adusă la cunoştinţa medicilor, cari în unghere îndepărtate luptă anonim cu ignoranţa, sărăcia şi prejudecata.

Dr. L. NISSIM

BIBLIOGRAFIE

Atlas clinique d'ophtalmoscopie photographique syndromes cliniques du fond de l'oeil (clinical atlas of fondus photographies) par Henri Tillè Médecin chef du Laboratoire d'ophtalmologie et ancien chef de clinique des Quinze-Vingts de Paris. Membre titulaire de la Société d'ophtalmologie de Paris A. Couadau, ancien chef de clinique à la Faculté de Toulouze, et ophtalmologiste du Centre anticancéreux. Correspondant national de la Société d'ophtalmologie de Paris. *Masson et C-ie Éditeurs.* Un volum (25 × 32 cm.) de 194 pagini cu 202 figuri . . . . . 280 fr

Codexul 1937, aplicabil cu începere dela Aprilie 1938, a adus farmacopeei modificări importante. Aceste schimbări au fost grupate sub trei capitole: supresiuni, adiţiuni, modificări.

Alături de produsele chimice noi, figurează în această nouă ediţiune numeroase produse galenice şi formulele noilor preparaţiuni oficinale cari pot aduce cele mai reale servicii. Aceste formule sunt prezentate aci medicului doritor de a prescrie altceva decât specialitatea «passe-partout». Produselor opoterapice, serurilor şi vaccinurilor, titrajelor biologice, cari au luat o importanţă considerabilă, li s'au consacrat mai multe pagini în acest volum.

Această broşură a fost alcătuită pentru medici, în ceia-ce priveşte inovaţiunile Codexului, dar informaţiunile pe cari le furnizează asupra legislaţiei substanţelor otrăvitoare interesează în mod egal şi pe farmacişti.

Problema generaţiilor în medicina românească

II. Generaţia tânără

de Prof. Dr. P. TOMESCU

In primul articol asupra acestei chestiuni, publicat în No. anterior al «României Medicale», am discutat problema generaţiilor în medicina românească, ocupându-ne în special de acea pleiadă de medici străluciţi cari nu sunt utilizaţi în raport cu pregătirea şi cu posibilităţile lor de creaţiune.

Am arătat atunci, că este de datoria generaţiei, care într'o formă sau alta, se află la conducerea diferitelor instituţiuni şi discipline medicale, să creeze posibilităţi de lucru şi de evoluţie, pentru toţi oamenii de merit cari ocupă, în prezent, situaţiuni minore, faţă de capacitatea şi de talentul lor.

Acţionând astfel, se face nu numai un act de dreptate, dar se asigură desvoltarea medicinei naţionale, atât în domneiul social cât şi în cel ştiinţific.

Promovarea la locurile de conducere a generaţiei medicale, care a ajuns la maturitate, mai are încă un aspect foarte interesant, pe care dorim să-l examinăm în articolul de faţă.

In prezent, cei mai mulţi dintre reprezentanţii bine dotaţi ai generaţiei din jurul vârstei de 40 de ani, ocupă în ierarhia medicală locuri de mică importanţă, cari dese ori contrastează cu meritele şi cu posibilităţile lor de evoluţie.

Astfel, ei blochează fără să vrea, toate locurile cari în mod natural, ar trebui să fie ocupate de generaţia tânără.

Acest fapt agravează foarte mult problema care ne preocupă.

In adevăr, seriile noui de tineri cari ies din Facultăţile de medicină, cu o pregătire serioasă, cari au entuziasm pentru ştiinţă şi mult elan pentru viaţa socială, nu au deschisă înaintea lor, — calea unei evoluţii sigure, în raport cu însuşirile şi cu vocaţiunea lor.

De multă vreme, s'au stabilit şi la noi, printr'o adaptare a metodelor de selecţionare utilizate în ţările civilizate ale apusului, câteva norme, graţie cărora se oferă tineretului posibilităţi de specializare şi de afirmare.

Locurile de medici secundari şi de asistenţii, au asigurat mai multe decenii promovarea tuturor valorilor medicale româneşti.

In prezent, locurile de asistenţi sunt ocupate de oameni, cari din diferite împrejurări nu au putut evolua, iar locurile de medici secundari în Clinicele universitare sunt prea puţine în comparaţie cu seriile actuale de studenţi.

Această situaţie trebue neapărat modificată pentru a asigura generaţiei tinere o evoluţie normală.

Graţie concursurilor de externat şi de internat pe deoparte, graţie stagiilor benevole în marile laboratoare, pe de alta, — avem astăzi o elită de mare valoare intelectuală, printre tinerii absolvenţi ai Facultăţilor.

Este în interesul culturei şi medicinei româneşti, ca ei să fie puşi în cele mai bune condiţiuni de desvoltare. Situaţia economică actuală nu permite însă inovaţiuni în organizaţia universitară, deoarece ele ar necesita fonduri însemnate atât pentru sporirea personalului cât şi pentru dotarea laboratoarelor.

Nu rămâne deci, decât o soluţie: să se facă loc pentru tineri, prin promovarea celor cari prin vârsta şi prin personalitatea lor, depăşesc situaţia modestă pe care o ocupă.

Iar în locurile rămase libere astfel, să fie numiţi tineri, cât mai mulţi tineri.

Judecând după acei pe cari i-am putut cunoaşte prin activitatea lor, desfăşurată în clinici şi laboratoare, sunt absolut convins că noua generaţie dispune de elemente de o înaltă valoare intelectuală şi de o mare putere de muncă.

Este de datoria noastră a-i descoperi, a-i îndruma în raport cu vocaţiunea şi preferinţele lor, a-i stimula şi a-i pune în situaţia de a da un randament maxim.

Cred că aceasta este una din misiunile cele mai frumoase nu numai ale unui profesor, dar ale oricărui medic ce ocupă un loc mai important în ierarhia noastră sanitară.

Pentru desvoltarea viitoare a medicinei româneşti, în toate domeniile, este neapărat necesar să se asigure elementelor de valoare din generaţia tânără o pregătire temeinică şi să li se deschidă perspective de evoluţie sigură.

Nevoile de ordin material, determină de multe ori deviaţiuni regretabile de la ţelurile înaripate ale tinerilor. De aceea trebue să avem toată grija, ca numai comandamentele spirituale să determine orientarea profesională a medicilor tineri. Iar atunci când descoperim o puternică înclinaţiune sau un talent real, avem obligaţia să facem toate eforturile pentru ca el să ajungă la o complectă desvoltare.

O problemă care preocupă lumea de pretutindeni, în prezent, este aceea a *elitelor conducătoare*. Ele asigură progresul în toate domeniile vieţii, ele desvoltă strălucirea spirituală, ele promovează ştiinţele şi artele.

Această convingere fiind unanimă, şcoala oficială se preocupă astăzi nu numai de organizarea învăţământului pentru a putea da o cultură minimală majorităţei elevilor, standardizându-i din punct de vedere intelectual pentru nevoile curente ale vieţii sociale.

Mai presus de aceasta, şcoala urmăreşte formarea unei elite intelectuale, menită să dea în toate domeniile vieţii spirituale, elemente de înaltă valoare.

Aceste idei au găsit o formulare precisă în noua legiferare a învăţământului secundar.

Principiul va putea fi aplicat pe o scară mai largă în Universitate şi este probabil că el va fi desvoltat în legea ce se pregăteşte pentru învăţământul superior.

Deşi nu era cuprins în legi, acest sistem a fost practicat pe o scară întinsă în medicina românească.

Intr'adevăr, în jurul Clinicelor şi laboratoarelor se grupau elevii cei mai pasionaţi, găsind acolo nu numai posibilităţi de lucru dar şi de evoluţie, fie în învăţământ, fie în ierarhia medicală.

Din cauza împrejurărilor, pe cari le-am amintit mai sus, în prezent toate locurile sunt blocate, împiedecându-se astfel circulaţia valorilor şi formarea elementelor tinere.

Problema trebue soluţionată cât mai repede, întrucât formarea elitei medicale este, în primul rând, o necesitate a culturei şi a vieţii sociale româneşti.

Tinerii să lucreze cu entuziasm şi cu încredere, căutând să pună în serviciul ştiinţei medicale, toată puterea lor de muncă şi tot devotamentul care caracterizează vârsta lor tânără.

Suntem siguri că acei ce se află la conducerea instituţiilor noastre medicale, şi pe cari problema îi preocupă, vor găsi soluţiunile cele mai potrivite pentru promovarea talentelor şi pentru încurajarea oricărei activităţi rodnice.

Problema elitelor conducătoare este atât de importantă pentru viaţa socială şi naţională, încât ea nu poate fi complect soluţionată numai prin perfecta pregătire şi prin buna utilizare a tuturor elementelor de valoare al generaţiei tinere actuale.

In viitor, organizaţia de stat are în vedere să selecţioneze încă din şcoala primară şi să formeze cu deosebită grijă în liceu, pe elevii superior dotaţi. Iar încadrarea lor în învăţământul superior, se va face în raport cu aptitudinile şi cu valoarea lor intelectuală.

Ţinând seamă de aceste principii conducătoare, suntem convinşi că ele vor fi aplicate de pe acum, asigurându-se o cât mai bună utilizare a tuturor valorilor din generaţia tânără.

Sirop de Efetonină

(contra tusei) **Merck**

în **tuse, tuse convulsivă, bronşite, gripă.**

Flacoane cu aprox. 100 şi 170 gr.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentanţa generală: „CHIMIROMAN" Bucureştt I, Str. T. G. Masaryk 32

MALADIILE DE TOAMNĂ

ATING INDEOSEBI ORGANELE RESPIRATORII

La amigdalite, bronşite acute, influenţa, tracheite, laringite, faringite, compresa curativă de ANTIPHLOGISTINE escită circulaţia sanguină locală şi prin aceasta înviorează circulaţia în profunzimea ţesuturilor adjacente.

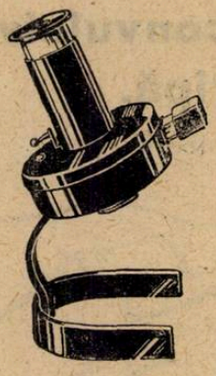
Prin urmare se aduce o calmare în regiunile atinse şi se provoacă o grabnică însănătoşire.

ANTIPHLOGISTINE

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YOK. U. S. A.

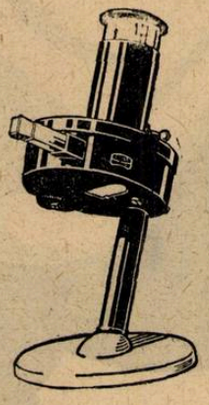
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, Bucureşti I.



ZEISS IKON

BILIRUBINOMETRU
COLORIMETRU
XANTOPROTEINOMETRU
HEMOGLOBINOMETRU

ZEISS IKON



Societate Anomimă de Agentură,
Comision şi Import fost
OTTO & ALFRED HERZOG
Bucureşti I, Bdul. Carol I, No. 48

RESYL

Eterul glicero-gaiacolic

IN TOATE BOLILE DE RĂCEALĂ

Preparat de gaiacol uşor resorbabil şi cu acţiune rapidă

Picături de Resyl:

Se dozează exact cu întrebuinţare practică şi economică.

Tablete de Resyl:

Se administrează uşor, stimulează pofta de mâncare şi au o acţiune sigură.

Fiole de Resyl:

Injecţiuni nedureroase, bine tolerate, pentru acele cazuri unde o medicaţie pe cale bucală nu este recomandabilă.

Ambalaj: Picături, flacon cu 20 gr. — Tablete, flacon cu 20 tablete.
Fiole, cutie cu 10 fiole à 2,3 cc.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

Reprezentant pt. România: NICOLAE BARNA, farmacist, Bucureşti III, Str. Romană 55 c.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Congresul anual al Societăţii Române de O. R. L.

In zilele de 23 — 24 Octombrie c. s'a ţinut în Amfiteatrul Academiei de Medicină dela Spitalul Filantropia al 17-lea Congres al Societăţii române de O. R. L., sub preşedinţia profesorului Meţianu.

Preşedintele congresului salută membrii prezenţi, dintre cari mulţi purtau uniforma militară, şi insistă asupra importanţei zilelor pe cari le trăim, când fiecare este dator să-şi facă datoria, acolo unde este, ca să asigurăm o sănătate cât mai bună, atât populaţiei civile cât şi oştirei. Laringologia are un rol însemnat în timp de pace şi de război, deopotrivă şi acum este mai necesar ca oricând organizarea centrelor de specialitate, înzestrate cu persoane bine pregătite şi material technic perfecţionat. D-sa accentuiază, că în anul acesta, faţă de evenimentele internaţionale, intenţionat a renunţat la orice festivitate, crezând că este mai nimerit ca prin fapte să dovedească societatea activitatea ei.

După expedierea către M. S. Regele a unei telegrame omagiale, se intră în ordinea de zi a comunicărilor ştiinţifice.

Profesorul *Laskievicz*, din Poznan (Polonia), îşi dezvoltă conferinţa sa «Sur les syndromes de Sluder et Charlin», prin care demonstrează importanţa patologică şi terapeutică a cunoaşterii acestor syndrome neîndeajuns de cunoscute de către otologi şi neurologi pe cari îi interesează în egală măsură.

Doctorul *Al. Ştefaniu* (Ploeşti) prezintă o interesantă comunicare asupra unui caz de «Tromboflebită ulcero-supurată a sinusului lateral cu meningită aseptică», vindecat prin operaţie şi cu ajutorul sulfamidelor.

Urmează raportul intitulat «Consideraţiuni în legătură cu inflamaţiunile catarale ale cavumului, expus de către d. conferenţiar *Doctor I. Ţeţu*, care trece în revistă capitolele anatomiei, patologiei şi terapiei acestei zone, atât de importantă prin afecţiunile aparatului aero-digestiv la copii şi adulţi. Afară de turburările locale şi de vecinătate imediată, cavumul vaso-faryngian, constitue un focar de infecţii, cu germeni cunoscuţi şi necunoscuţi şi o regiune de reflexe şi sindrome cu repercusiuni asupra întregului organism.

In concluzie, autorul susţine, că patologia cavumului naso-faryngian trebue cunoscută de toţi medicii practicieni, deoarece fără tratamentul leziunilor lui nu se poate imagina profilaxia boalelor contagioase. Raportul a fost făcut în colaborare cu d-rii *Ştefania* şi *St. Popian*.

Doctorul *Teodoru* (Chişinău) prezintă observaţia plină de învăţăminte a «Unui caz de abces cerebelos de origină etică fără otoree».

Prof. *Meţianu* şi d-na dr. *Belian* fac o comunicare la «Operaţiile mastoiditelor acute prin conductul auditiv», din care reiese grija operatorilor, de a face cel mai mare bine bolnavilor, servindu-se de procedee cât mai puţin ofensive.

S'au mai făcut următoarele comunicări:

I. Ţeţu: Din greutăţile postoperatorii ale sinuzitei maxilare supurate cronice.

I. Ţeţu şi *Popian:* Cazuri grele de corpi străini tracheo-bronşici.

I. Ţeţu şi d-ra dr. *Colfescu:* «Atitudinea noastră chirurgicală în sinuzitele fronto-etmoidale supurate cronice.

St. Popian şi d-na *Nisipeanu-Popescu:* «Epiteliom etmoido-maxilar stâng operat».

D. Borş: «Un caz de chist salivar al vălului morale».

St. Popian şi d-na *Nisipeanu-Popescu:* «Mielom plasmocitar al mastoidei stângi».

Teodoru Gh: «Corpi străini, animaţi şi neanimaţi în urechea medie şi externă».

St. Popian: «Strictură esofagiană tratată prin electro-coagulare». Vindecare.

D-na dr. *Nisipeanu-Popescu C.:* «Trei cazuri de adenomatoză a cornetului mijlociu al etmoidului», operate şi vindecate.

Meţianu Ion: «Tuberculoză laryngiană la copil.

Friedman Leone: «Protezele nazale cu parafina solidă».

St. Popian, Teodorescu C. şi d-na *Nisipeanu-Popescu:* «Neoplasm esofagian, fistulă esofago-tracheală.

Alegerea noului comitet, congresul a hotărît s'o amâne pentru prima şedinţă din luna Noembrie, deoarece acum nu era de faţă numărul de membri cerut de lege şi statutele Societăţii.

Concursuri de medici pentru Spitalele şi ambulatoriile C. F. R.

Se aduce la cunoştinţă celor interesaţi că în luna Ianuarie 1940, va începe în Bucureşti, la Ministerul Sănătăţii, Calea Griviţei Nr. 64, concursurile pentru ocuparea posturilor de medici vacante la spitalele şi Direcţiunea Generală pentru ocrotirea şi ajutorarea personalului C. F. R. şi anume:

Luni 15 Ianuarie 1940 ora 9 a. m.

Specialitatea Stomatologie

1 post de medic la Serviciul Stomatologic al spit. C. F. R. Simeria de grupa I-a, categ. IX, cl. 3-a;

1 post de medic la serviciul Stomatologic, al policlinicei C. F. R. Chişinău de grupa I-a, categ. X, cl. 2-a;

Luni 22 Ianuarie 1940 ora 9 a. m.

Specialitatea Radiologie

1 post de medic la serviciul radiologic al spit. C. F. R. Simeria, de grupa I-a, categ. IX, cl. 3-a;

1 post de medic la serviciul radiologic al spitalului C. F. R. Nr. 1 Bucureşti, de grupa I-a, categ. IX, cl. 3-a.

Luni 29 Ianuarie 1940 ora 9 a. m.

Specialitatea chirurgie

1 post de medic specialitatea chirurgie la ambulatorul C. A. P. C. F. R. din T. Severin, de grupa I-a, categoria X-a, cl. II-a.

Au dreptul să se prezinte la aceste concursuri toţi cei cari îndeplinesc condiţiunile prevăzute de art. 196 din legea sanitară şi de ocrotire şi condiţiunile speciale dela art. 10 din letare şi de ocrotire şi publicate în Monitorul Oficial Nr. 164 din 19 Iulie 1934 şi anume:

Condiţiuni generale:

Candidaţii vor dovedi că au cel puţin 5 ani de practică medicală şi un stagiu spitalicesc de cel puţin 3 ani în specialitatea pentru care se dă concursul.

Sunt dispensaţi de stagiul de 3 ani la concursul de chirurgie generală: medicii care au condus cel puţin 3 ani cu titlul definitiv un spital mixt. redus la 3 ani pentru medicii interni cu concurs ai Eforiei Spitalelor Civile, dacă au funcţionat în mod efectiv cel puţin 3 ani.

Deasemenea sunt dispensaţi de stagiul spitalicesc de specialitate, medicii cari au diploma de specialitate emisă de Facultatea de Medicină în ramura respectivă.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri lucrări şi activitate în specialitate.

2. 2 probe clinice pe doi bolnavi şi anume:

Pentru posturile de medicină internă un bolnav afectat de o boală internă şi de o boală infecţioasă epidemică.

Pentru posturile de chirurgie, doi bolnavi atinşi de o boală chirurgicală.

Pentru posturile de specialităţi, două probe clinice din specialitatea pentru care se concurează.

3. Două probe practice dintre care:

Pentru chirurgie şi specialităţile chirurgicale:

a) O operaţie pe cadavru din specialitatea pentru care se concurează şi

b) O probă de anatomie patologică pe piese preparate pentru chirurgie generală şi specialităţile sale.

Pentru medicină internă şi specialităţile în legătură cu ea, două probe practice dintre cari:

a) O probă de anatomie patologică

b) O probă de laborator *(bacteriologie* sau chimie biologică cu aplicaţie la clinică)

c) O probă referitoare la legile şi regulamentele de funcţionare a Direcţiunii O. A. P. C. F. R.

Candidaţii cari vor cere înscrierea pentru concurs vor trebui să înainteze Ministerul Sănătăţii, calea Griviţei Nr. 64 Bucureşti, cererile lor însoţite de acte şi suma de 2000 lei cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţa celor interesaţi, că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar al secţiei de medicină internă dela spitalul Oraviţa;

Medic primar al secţiei de medicină internă dela spitalul Slatina;

Medic primar al secţiei de medicină internă dela spitalul din Tulcea.

Medic primar la sanatoriul T. B. C. Alejd, jud. Bihor;

Medic şef de port principal Sulina (cu drept să-l ceară cei cu concurs de medici şefi de laborator).

Medic al oraşului Curtea de Argeş;

Medic al spitalului cu circ. Rucăr, judeţul Muscel;

Medic al circumscripţiilor:
Liteni, jud. Baia;
Deleni, jud. Cetatea Albă;
Negru Vodă, jud. Constanţa;
Slobozia-Conachi, jud. Covurlui;
Breasta, jud. Dolj;
Rucşin, jud. Hotin;
Balşa, jud. Hunedoara;
Cârpineni, jud. Lăpuşna;
Cârcova, jud. Mehedinţi;
Păuneşti, jud. Putna;
Tăriceni, jud. Prahova;
Copalnic-Mânăştur, jud. Satu-Mare;
Burdujeni, jud. Suceava;
Stăneşti, jud. Vlaşca.

La Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti

Medic pentru nas, gât şi urechi;
Medic pentru oculistică;
2 medici pentru T.B. C.;
2 medici pentru prenatale;
Medic primar ginecolog la Maternitatea Maşina de Pâine.

D-nii medici, cari întrunesc condiţiile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cererei Ministerului Sănătăţii în termen de 30 de zile de la înserarea prezentei publicaţiuni în «Monitorul Oficial», care a apărut în No. 251 din 30 Octombrie, 1939.

BIBLIOGRAFII

Applications médicales du nouveau codex et prescription des substances vénéneuses par H. Hazard. Professeur à fa Faculté de Médecine de Paris, Pharmaclen des Hôpitaux. *Masson et C-ie, Éditeurs.* Un volum de 92 pagini (Collection Médicine et Chirurgie: . . . . . 18 fr.

In ultimii douăzeci de ani, oftalmologia a beneficiat de o adevărată revoluţiune care s'a produs în mijloacele sale de investigaţiune technică.

Printre progresele cari au adus cea mai mare preciziune acestei ramuri a medicinei, fotografia fundului ochiului este incontestabil una dintre cele mai importante.

Autorii, publicând acest volum, au căutat să fie utili nu numai oftalmologiştilor antrenaţi cu examenele imaginei drepte, ci şi tinerilor oftalmologi şi mai ales medicilor nespecializaţi, cari dacă aceştia pot examina uşor cu oftalmoscopul electric fundul ochiului a cărui stare îi interesează din ce în ce mai mult în maladiile generale, sunt adesea pierduţi într'o varietate pe cari o cred infinită de leziuni chorio-retiniene. Ei vor şti, prin această lucrare că leziunile elementare nu sunt nici multiple, nici atât de specifice cutărui sau cutărui factor etiologic, şi că trebuesc să fie întotdeauna interpretate prin compararea cu alterările acelorași ţesuturi studiate în patologia generală.

Prin bogăţia documentărei sale iconografice, prin observaţiunile sale clinice, schiţarea pe care o conţine a unei clasificări raţionale a maladiilor fundului ochiului studiate în timp şi spaţiu, clasificare pe care trebue să se bazeze cât posibil pe istologia patologică, acest atlas de fotografii ale fundului ochiului, trebue să devină un instrument de lucru.

Acest procedeu de clasificare, atât de obicinuit în diferite alte specialităţi şi în patologia internă, nu a fost niciodată realizat în studiul maladiilor fundului ochiului, făcută după un plan morfologic sau simptomatic, în nici-un precis, tratat sau enciclopedie.

Lucrările clinice şi histologice moderne de oftalmologie permit de acum înainte această încercare de regrupare clinică şi fotografică sub o formă nouă.

Les enfants et les jeunes gens anormaux. Assistance, hygiène, éducation par MM. P. Nobécourt et L. Babonneix avec la collaboration de MM. J. **Dublineau, H.-M. Fay, R. Levent, L. Michaux et J. Sigwald.** ***Masson et C-ie, éditeurs.*** Un volum de 416 pagini. . . . . 70 fr

Dintre toate chestiunile cari ocupă primul plan de actualitate, nici una nu este de interes mai pasionant decât aceia a anomaliilor observate la copii şi la tineri. Cum să-i tratăm pe cei cari sunt atinşi? Cum să dirijem instrucţia şi educaţiunea lor?

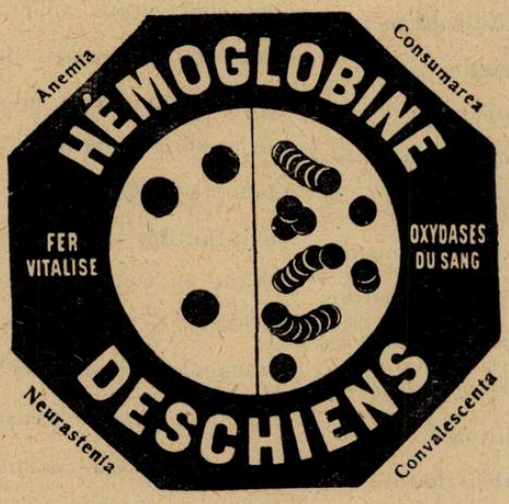
In prima parte intitulată *Anormali psihici*, M. L. Babonneix expune mai întâi un capitol de generalităţi referitor la etiologia, profilaxia, terapeuticile generale, privitoare la aplicarea la maladiile mentale a legilor lui Mendel, caşi chestiunile privitoare la segregaţie şi la sterilizarea alienaţilor precum şi la certificatul prenupţial. Cu H. Fay, studiază apoi, turburările inteligenţei şi mijloacele de a le remedia: higiena memoriei a judecăţei, a imaginaţiei; organizarea claselor speciale, orientarea arieraţilor. Cu Leon Michaux, se ocupă de turburările de caracter, discută rolul respectiv al hereditătei şi a mediului, pentru a trece apoi la măsurile de luat după caz, fără a uita, printre acestea, acelea cari pot fi deduse din psichanaliză şi studiul reflexelor condiţionale. Vine apoi marele capitol al delicvenţei infantile şi juvenile în care pune principiile asistenţei care trebue acordată anumitor bolnavi şi aplicarea lor la cazuri particulare.

A doua parte, intitulată *Anomaliile fizice* a fost redactată de către d. Nobecourt şi R. Levent.

Din cauză, mai ales a discriminărei poliomielitei, problema infirmilor motorii este, în toate ţările, în ultimii ani, din cele mai complexe. Autorii pun în evidenţă progresele realizate şi schiţează ceia-ce ar fi un plan de executat din punct de vedere al statutului legal caşi acela al organismelor de creiat şi mai ales de coordonat.

Tuberculoşii exceptaţi, chestiunea infirmilor respiraţiei şi a infirmilor cardiaci ia o importanţă din ce în ce mai mare şi merită a fi pusă de pe acum.

De mai mult de un secol orbii şi surdo-muţii au reţinut atenţiunea medicilor şi legislatorilor. In toate părţile, însă soluţiunile vechi se dovedesc nepotrivite, aşa că este mult de refăcut şi de creiat în domeniul atât de îngust al asistenţei aşa cum este organizată în prezent. Autorii, prin noţiuni generale, practice şi precise au voit să permită medicului să se achite cât mai bine de misiunea lor prin sfaturi utile. Au pus la dispoziţiunea lor o întreagă documentaţie de interes imediat pe care un practician nu le poate reuni, mai ales că importanţa totuşi în creştere a organismelor oficiale, este insuficientă pentru a diminua importanţa rolului pe care trebue să-l joace, fără înlocuire posibilă medicul independent.



OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DÎN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă inainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard, Str. S F. Ionica 8. Bucaresti

2 MANN

La Coli-infecțiuni
ale căilor urinare
Amonium-
sau
Magnesium-
Mandelat „Asta"

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE

Eșantioane și literatură la cerere. Reprezentant general pentru România:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

NOTIŢE TERAPEUTICE

A FOST INVINSĂ PARALIZIA INFANTILĂ?

Paralizia infantilă, numită în mod ştiinţific, poliomielită anterioară acută, este o afecţiune foarte gravă şi foarte răspândită în lume.

Dacă întrebăm pe cei din jurul nostru, găsim întotdeauna rude sau prieteni cari au fost atinşi de această afecţiune în copilărie.

Statisticele sunt în general foarte incomplecte şi rău făcute, deoarece poliomielita trece câte odată neobservată, cazurile neprezentându-se întotdeauna la fel şi declararea boalei nefăcându-se întotdeauna autorităţilor legale.

Putem să afirmăm totuşi, că sunt anual în toată lumea mai multe zeci de mii de cazuri.

Paralizia infantilă este gravă, deoarece este însoţită în medie de 15—20% decese şi de tot atâtea paralizii mai mult sau mai puţin importante. Aceste paralizii sunt aproape întotdeauna iremediabile; împotriva lor nu putem lupta decât cu mijloace costisitoare şi de lungă durată şi cu speranţa de a nu obţine în general, decât ameliorări uşoare şi rar întoarcerea la starea integrală.

S'a făcut mult zgomot în jurul plămânului de oţel care în această maladie nu are decât un rol spectaculos, deoarece în realitate nu aduce decât puţine servicii.

Acest costisitor aparat de tortură permite în mod excepţional să se menţină în viaţă unii nenorociţi, plămânul de oţel constituind în adevăr un torax artificial, atunci când centrii respiratori sunt paralizaţi.

Medicaţiunile întrebuinţate până azi împotriva paraliziei infantile, nu au dat — din nefericire — rezultatele ce se aşteptau dela ele. Diversele seruri întrebuinţate: serul de animal imunizat, serul de convalescenţi, serul dela rude, par să fi dat rezultate bune numai în câteva cazuri fericite.

Cu toate acestea, se notează în epidemii, media ridicată de morţi şi paralizii pe care am citat-o mai sus.

Acum vre-o doi ani, un tânăr medic elveţian Dr. **Contat**, a remarcat acţiunea fericită a Cloratului de potasiu asupra evoluţiei paraliziei infantile, cu condiţia ca medicamentul să fie întrebuinţat la începutul boalei, înainte ca paralizia să se fi manifestat. Cloratul de potasiu trebue întrebuinţat în doze destul de mari, administrându-se fracţionat din două în două ore; trebue să dăm o doză medie zilnică de 0 gr. 10 de Clorat de potasiu, de kg. de greutatea bolnavului.

In timpul marei epidemii elveţiene care a atins 2700 copii, dr. **Contat** a îngrijit 36 bolnavi şi a obţinut 36 vindecări prin metoda sa.

Aceste fapte impresionante l'au stimulat să experimenteze pe maimuţe şi de la început, experimentările le-a făcut împreună cu Dr. **Spycker**. In momentul în care erau gata să abandoneze lucrările, Prof. **Arthus** le-a reluat împreună cu Dr. **Debat** care în acest scop a creat un centru de cercetări *în Elveţia*, apoi alte două, *în Franţa, la Garches* şi la *Saint-Cloud*.

Lucrările experimentale reluate, permit autorilor să afirme că acest medicament banal, Cloratul de potasiu, are o acţiune dintre cele mai fericite în evoluţia boalei provocată experimental la maimuţă. Alte serii de lucrări, cari vor face obiectul unor memorii ulterioare, vin să confirme aceste prime rezultate.

Autorii foarte prudenţi, nu afirmă că sunt siguri de a putea vindeca actualmente poliomielita. Ei continuă cu tenacitate cercetările lor şi nădăjduesc ca în scurtă vreme să poată aduce concluziuni mai afirmative. In orice caz, încurajaţi de toate faptele pe cari le-am notat, ei socotesc că putem şi suntem obligaţi atunci când ne găsim în prezenţa unui caz de paralizie infantilă, să încercăm noua medicaţiune cu Clorat de potasiu. Aceasta de altfel se poate face simultan cu tratamentele clasice, neexistând nici un prejudiciu pentru aceasta.

Autorii insistă asupra faptului că paralizia infantilă bântue de obiceiu în anotimpul cald, când provoacă adevărate dezastre. E bine ca medicul să fie înarmat împotriva acestei maladii şi să ştie că poate institui singur tratamentul.

Aşteptăm cu nerăbdare rezultatele pe cari ni le anunţă autorii şi vom relua mai târziu această chestiune.

Trebue să aducem omagiu Doctorului **François Debat**, care a înţeles să acorde primelor lucrări, importanţa pe care o meritau şi după ce le-a reluat, a procurat posibilităţile materiale ca să fie extinse pe o scară cât mai largă.

Menţionăm că fără sprijinul efortu rilor sale personale şi al generozităţii sale care a permis creearea a trei centre de cercetări, aceste pasionante lucrări nu ar fi putut avea un sfârşit practic.

Dacă, după cum pe bună dreptate sperăm, această metodă nouă va da rezultatele aşteptate, putem afirma că Doctorului **Debat** îi se va datori punerea la punct a uneia din cele mai feri cite şi senzaţionale desoperiri, cum nu s'au mai făcut de mult timp.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

Profilaxia şi tratamentul infecţiunilor căilor respiratorii la adulţi şi la copii cu

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

pentru injecţiuni intramusculare.

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicaţiuni pulmonare postoperatorii, etc., etc. !!

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

In afecţiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special pneumonie, abces pulmonar, bronchopneumonie, pleurezie purulentă, etc.

apoi în septicemie, remediul suveran

Camfalcol inj.

Camfor — Alcool — Glucoză

Pentru injecţiuni intravenoase.

HEPAMOXYL

SER HEMOPOIETIC

FICAT FOETAL

TREFONE EMBRIONARE

ANEMII — CONVALESCENȚE — ASTENII — DEBILITATE

FIOLE de 10 cc. (buvabile)

ADULȚI: 1—3 pe zi.
COPII: 1 pe zi.
Conținutul fiolei va fi luat cu puțină apă zaharată, pe nemâncate sau departe de mesele principale.

SIROP

ADULȚI: 2—3 linguri pe zi.
COPII: 2—3 linguriţe pe zi.
(Pe nemâncate sau departe de mesele principale)

HEMOSTYL

SER HEMOPOIETIC

ANEMII — CONVALESCENȚE — CLORO-ANEMII — HEMORAGII

FIOLE de 10 cc. (buvabile)

ADULȚI: 1—3 pe zi.
COPII: 1 pe zi.
Conținutul fiolei va fi luat cu puțină apă zaharată pe nemâncate, sau departe de mesele principale.
(Aceleași fiole pot fi injectate intramuscular 1—2 deodată, după o prealabilă aplicare a metodei Besredka).

SIROP

ADULȚI: 2—3 linguri pe zi.
COPII: 2—3 linguriţe pe zi.
(Pe nemâncate sau departe de mesele principale)

Laboratoarele HEMOSTYL — PARIS.

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREȘTI III — Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XVII. No. 23 — 10 Lei Exemplarul — 1 Decembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 41/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239.43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. DUMITRESCU-MANTE, Dr. A. PĂUNESCU-PODEANU, Dr. O. CARANDGIU şi Dr. G. DAVIDESCU: *Injecţiunile intravenoase lente cu clorhidrat de dihidromorfinon (Dilaudid) în tratamentul algiilor violente şi rebele* 297

Docent Dr. D. GRIGORESCU: *Factorul timp în Neuropatologie* . . . 300

CRONICI

Prof. Dr. S. LALU: *Cuvinte . . . la serbătorirea D-lui Dr. Vişoianu.* 303

Pagina

NECROLOG

Moartea Profesorului Al. Slătineanu, scris de D-l Profesor Dr. P. Tomescu 306

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noua conducere a Ministerului Sănătăţei; Directivele generale şi preocupările sanitare ale noului guvern; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei 307

Noul consiliu superior al Sănătăţei; Amânarea concursurilor de secundariat dela Ministerul Sănătăţei; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei 308

Pagina

BIBLIOGRAFII

Etues expérimentales récentes sur les maladies infectieuses, par *Jean Troisier*, professeur agrégé de Pathologie expérimentale et comparé à la Facult. de Médicine de Paris, Médecin de l'hôpital Beaujon, *Masson et C-ie, éditeurs*. Un volum de 280 pagini.

Les acquisitions nouveles de l'endocrinologie, par *R. Rivoire*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 264 pagini, 45 fr.

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier*. «Les petits precis», par *A. Cantonet*, Edition Librairie Maloine.

Les explorations fonctionnelles, par *Noël Fiessinger*, Masson et C-ie, éditers. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

Ereditatea — Igiena rasei (eugenia) şi politica populaţiei, Prof. Dr. *H. W. Siemens*. In traducere de Dr. *State Drăgănescu* şi Dr. *G. Stroescu*. O monografie de 213 pagini cu 98 figuri şi 3 tabele, 150 lei.

In toate bolile infecţioase şi în răceli

Omnadin

Provoacă o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului Toleranţă perfectă chiar la sugaci.

Cutii cu 1, 3, 12, 50 şi 100 fiole de 2 cmc.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.85 şi 3.92.86. Sucursala: CLUJ, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

IN TOATE CAZURILE DE

TUBERCULOZA EXTRAPULMONARA

RUBROPHEN

Injecţiuni — Drageuri — Pomadă.

Literatură la dispoziţia domnilor medici.

Costul de fabricaţie fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie mostre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

IN TUSEA CONVULSIVĂ
IN ASTMUL CRONIC
IN EMFIZEM

FIOLE
CAPSULE
SIROP

EUCALYPTINE LE BRUN

CALMEAZĂ TUSEA
DĂ BOLNAVILOR O
SENZAȚIE IMEDIATĂ DE
BUNĂ DISPOZIȚIE

LABORATOIRES LE BRUN, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e)

PROFILAXIE DE POST-PARTUM ȘI A URMĂRILOR OPERATORII

MICTASOL BLEU

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Albastru de metilen . 0 gr. 02
Camfora monobromata 0 gr. 02
pentru un comprimat

MICTAZINE

Para-Amino-Fenil-Sulfamid . 0 gr. 30
Malva purpurea . . . . . 0 gr. 15
Bromură de camforă . . . . 0 gr. 02
pentru un comprimat.

MICTASOL

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Hexamethilen tetramin 0 gr. 05
Camfora monobromata 0 gr. 02
6 la 9 comprimate pe zi

MICTASOL SUPOZITORII

Malva purpurea . . . 0 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 25
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Stovaină . . . . . 0 gr. 01
1 până la 3 pe zi

MICTASOVULE

(Ovule cu Mictasol)
Malva purpurea . . . 1 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 50
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Glicerină solidificată Q. S. pentru un ovul. 1 până la 2 pe zi

LABORATOIRES DU MICTASOL, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e

LITERATURĂ ȘI EȘANTIOANE LA CERERE:
Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
BUCUREȘTI I. — STR. SF. IONICA 8

*Pentru hormonoterapie cu substanțe active proprii corpului**

PROGYNON
pentru tratamentul insuficienței ovariene (și al cazurilor grave)

PROLUTON
pentru tratamentul hemoragiilor genitale și al avortului repetat

TESTOVIRON
pentru terapia insuficienței sexuale masculine

* Organizmul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolizm intermediar nu necesită noui funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 655

Literatură detailată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A.G. BERLIN
Biroul științific, BUCUREȘTI, Str. Doamnei I/II

Schering

Gripă!

La primele simptome ale gripei și în răceli

Novalgin-Chinin

Cupează boala.
Înlătură durerile.
Scoboară temperatura.

Ambalaje originale: Tub cu 10 și flacon cu 20 drageuri.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

BAYER

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „ROMIGEFA" S.A.R. București I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moților 18, Tel. 37-22.

Anul XVII. No. 23 — 10 Lei Exemplarul — 1 Decembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

Injecţiunile intravenoase lente cu clorhidrat de dihidromorfinon (Dilaudid) în tratamentul algiilor violente şi rebele *)

de Prof. Dr. DUMITRESCU-MANTE, Dr. O. CARANDGIU şi Dr. A. PAUNESCU-PODEANU, Dr. G. DAVIDESCU

In şedinţa din 7 Iunie crt. a Societăţei medicale a Spitalelor din Bucureşti am comunicat o mică notă asupra câtorva cazuri de algii rebele, mai ales canceroase, tratate prin injecţiuni intravenoase, metoda lentă, cu clorhidrat de dihidromorfinon (Dilaudid) simplu sau asociat cu scopolamina.

In lucrare de faţă voim să adăogăm cazurile noi, tratate după această metodă, punând la punct tehnica şi căutând să rezumăm noţiunile sugerate de acest studiu.

Problema tratamentului durerii are încă laturi ce aşteaptă rezolvare. Sunt dureri pe cari toate mijloacele de cari dispunem azi, nu sunt capabile să le aline, decât cu riscul pe care-l comportă analgezicele şi opiaceele în doze masive. In faţa durerilor provocate de unele cancere infiltrative, de compresiunile mecanice ale trunchiurilor nervoase, în faţa unor sindrome algice cu substrat nervos (tabetice, talamice), ori neurovegetativ (algii simpatice, causalgii) terapia este greu pusă la încercare.

Dorinţa unui randament superior de acţiune a împins la încercarea de administrare a mijloacelor antalgice pe cale intravenoasă. Calea aceasta întrebuinţată deja de anestezişti, pentru obţinerea unei hipnoze prompte (evipan, somnifen, pernocton), lasă să se intrevadă — prin aceasta — posibilităţi favorabile şi pentru mijloacele antalgice. In linia acestora, administrarea intravenoasă a morfinei cu rezultate superioare şi fără pericole, a venit să marcheze un progres însemnat şi să constitue o promisiune.

Putinţa administrărei intravenoase a morfinei şi sărurilor ei nu era nici măcar întrevăzută până în ultimii ani; frica de accidente şi de obişnuinţă, menţinea asupra derivaţilor morfinei o atitudine de rezervă şi o absolută ostracizare în ce priveşte o administrare brutală ca cea intravenoasă.

Incercări făcute în ultima vreme au relevat însă, acestor medicamente, posibilităţi noi şi avantagioase de folosinţă.

W. Roedel, în 1930, după mai mult de 1000 încercări, trage concluzia că morfina şi derivatele ei pot fi injectate intravenos fără să se producă turburări apreciabile bolnavilor. Dintre derivate, dilaudidul este cel mai bine tolerat. Injecţiunile intravenoase cu aceste substanţe produc un efect prompt şi sigur.

Aceleaşi concluzii sunt trase şi de *Blumenthal*, în acelaş an.

Injecţiunile intravenoase, făcute după tehnica obişnuită, adică rapide, cu dilaudid (clorhidrat de dihidromorfinon) simplu şi dilaudid-scopolomină capătă chiar o largă întrebuinţare în chirurgie, în ultima vreme, ca mijloc de anestezie de bază sau ca analgesic. Un număr important de autori susţin inocuitatea acestui mod de administrare şi foloasele lui, prin promptitudinea şi intensitatea efectului *(Guillotta, Di Natale, Nino della Mano, Siebner* etc.) şi numai *Hoesslin* face în această privinţă, oarecari rezerve. Şi la noi în ţară metoda are adepţi *(I. Porumbaru, Dem. Theodorescu).*

In 1936 *Rottman* arată deasemeni că asociaţia de novalgină cu morfină în doze mici (0.001 — 0.002 gr.), în injecţiuni intravenoase, nu dă loc la nici un fel de neplăceri şi produce un efect antalgic remarcabil superior. Se confirmă deci toleranţa pentru morfină introdusă intravenos precum şi foloasele utilizării ei pe cale endovenoasă.

In sfârşit, în cursul anului trecut, *Loeper* cu colaboratorii săi, atrag de asemenea atenţia asupra posibilităţilor de administrare intravenoasă a sărurilor morfinei (clorhidrat sau gluconat) fără inconveniente şi cu un randament de acţiune net superior celorlalte modalităţi de administrare. Cercetările lui *Loeper* constituesc un moment deosebit în evoluţia cuceririlor pe acest tărâm, prin aceea că atrag atenţia asupra foloaselor şi mai mari, a efectelor şi mai intense şi mai prelungite, ce rezultă din administrarea intravenoasă, nu rapidă, ci *lentă*, în diluţie mare, a acestor preparate, care sunt — în acest mod — şi mai bine tolerate. Autorii s'au folosit în acest scop de aparatul lui *Benard şi Sallet* şi au extins cercetările lor asupra unei serii întinse de produse medicamentoase şi opoterapice.

Inspiraţi de lucrările arătate mai sus, şi în special de cele ale lui *Loeper*, am început şi noi, în domeniul medicinei interne şi anume în unele dureri vii şi tenace, efectul dilaudidului şi complexului dilaudid-scopolamină*) în injecţiuni intravenoase, *utilizând metoda injecţiunilor lente.*

Dilaudidul e un derivat morfinic (clorhidrat de dihidromorfinonă) remarcabil pentru acţiunea lui antalgică şi prin aceea că dă un minimum de efecte secundare supărătoare. Increderea în calităţile lui, căpătată prin experienţa proprie, ne-au făcut să-l adoptăm în aceste încercări.

Asociaţia dilaudid-scopolamină am încercat-o cu gândul potenţării efectului antalgic, prin acţiunea centrală sedativă hipnotică, euforizantă a acestui din urmă sedativ.

In fine încercările le-am făcut uzând, pentru comparaţie, de modalităţi şi căi de administrare diferite, de doze şi medicamente diferite (dilaudid ori dilaudid-scopolamină), însă în condiţiuni analoage şi pe acelaş subiect-reactiv.

Technica pe care am folosit-o şi o folosim pentru injecţiunile lente este următoarea: O fiolă de dilaudid (0.002 gr.) sau de dilaudid-scopolamină (dilaudid 0.002, scopolamină 0.0003 gr.) este diluată în 20 cc. de apă distilată sterilizată, de ser glucozat hipertonic 30%, sau mai ales de ser fisiologic clorurat.

Injecţia se face cu ajutorul unei seringi de 20 cc. Lichidul este împins încet, picătură cu picătură, sau în mici sacade întretăiate de pauze, aşa încât toată cantitatea să fie introdusă *în cel puţin 30 minute.*

Se poate întâmpla ca introducerea lichidului să fie la un moment dat oprită de coagularea sângelui introdus în seringă sau a sângelui de pe ac. Este singurul inconvenient tehnic ce poate să se producă, dar care se întâmplă foarte rar, cu ser fisiologic ca vehicul.

Rezultatele obţinute prin injecţiunile intravenoase lente sunt categoric

*) *Lucrare făcută în clinica III-a medicală — terapeutică — a Facultăţii de Medicină.*
Director: Prof. Dr. Dumitrescu-Mante.

*) Ne-am folosit de produsele casei Knoll, care ne-a pus la dispoziţie cantitatea necesară.

cu mult superioare celor obţinute după injecţiile subcutanate, intramusculare sau intravenoase rapide a aceloraşi produse, în aceleaşi doze şi chiar în doze mai mari. *Metoda injecţiunilor lente marchează deci un progres mare;* superioritatea ei ţine de faptul că efectul sedativ obţinut este nu numai prompt, dar încă mai puternic şi mai prelungit, iar accidentele de intoleranţă care pot apare uneori sunt excepţionale.

Alinarea durerilor se produce dela primele picături introduse. Niciodată în experienţele noastre, această acţiune nu a întârziat: chiar în timpul injecţiei, bolnavul simte uşurare, îşi schimbă dispoziţia şi—mai ales când e vorba de complexul dilaudid-scopolamină — de multe ori adoarme înainte de a se scoate acul din venă.

Liniştirea este totală, chiar acolo unde nu putuse fi obţinută cu doze duble sau triple pe cale subcutanată. Nu am fost niciodată nevoiţi să injectăm mai mult de o fiolă deodată, pentru ca să avem o calmare absolută a durerilor.

Infine *durata acestei alinări este cu mult mai prelungită peste aceea ce se capătă prin injecţia subcutanată* şi putem s'o evaluăm la cel puţin odată sau de două ori mai mult. Mai totdeauna durata e de cel puţin 12 ore, de foarte multe ori peste 24 de ore.

Observaţiunile noastre comparative ne arată neîndoios, că durata injecţiunii joacă un rol primordial în intensitatea şi mai ales în durata efectelor obţinute. Acestea sunt cu atât mai categorice, cu cât injecţia se face mai încet, cu cât durata ei este mai mare.

Este deasemenea evident, că *efectul sedativ obţinut cu dilaudid-scopolamină depăşeşte totdeauna în intensitate şi durată pe cel al dilaudidului simplu:* acţiunea sedativă, soporifică şi euforizantă a scopolaminei potenţiază efectul dilaudidului, creind o admirabilă auxoterapie şi confirmând regula potenţiării hipnotico-antalgice.

Cu metoda injecţiunilor intravenoase lente de dilaudid reacţiunile de intoleranţă sunt foarte rare. Nu am înregistrat decât la o singură bolnavă vărsături; ele se produceau însă şi în afara injecţiilor). După dilaudid-scopolamină ele sunt excepţionale; acest complex este încă şi mai bine tolerat.

Injecţia produce din primele momente o stare de toropeală progresivă, ce însoţeşte liniştirea durerilor. Inainte ca injectarea să fie terminată, de multe ori bolnavul adoarme.

Uneori am putut observa oarecari mişcări desordonate ale membrelor superioare, uşoară congestie a feţii, fenomene trecătoare, manifestându-se doar în cursul injecţiei, în primele momente.

Nu s'au produs niciodată turburări imediate sau tardive cari să suscite teama administrării mai departe a medicamentului (lipotimii, stări de rău, fenomene toxice etc.).

La nici-unul din bolnavii noştri nu am constatat tendinţa la obicinuinţa psihică morbidă. Am putut suprima cu uşurinţă injecţiile, chiar după serii îndelungate, fără ca bolnavii să se resimtă sau să solicite reluarea lor.

Faptul acesta este remarcat de altminteri şi de *Loeper* în lucrările sale; se poate că repetarea mai rară a injecţiilor pe care o permite administrarea intravenoasă să contribue şi ea la lipsa de înclinaţie vicioasă.

Deasemeni nu am putut constata niciodată o obişnuinţă organică, care să ducă la necesitatea repetării din ce în ce mai strânse a injecţiilor sau la mărirea dozelor pentru obţinerea efectului sedativ urmărit. Răspunsul terapeutic a fost de fiecare dată acelaş şi durata efectului nu a scăzut niciodată; din contra foarte deseori ea a crescut şi am putut rări progresiv injecţiile, aşa ca să ajungem la intervale de câteva zile.

Am cercetat repercusivitatea metodei şi asupra principalelor funcţiuni organice, spre a putea surprinde eventuale turburări fără expresiune clinică.

Reacţiunile aparatului circulator sunt extrem de favorabile. Tensiunea arterială creşte în mod obişnuit cu 1—2 cm. Hg. în prima jumătate de oră ce urmează injecţiei, revenind apoi în mod treptat la normal; rare ori rămâne neschimbată, niciodată nu coboară. Pulsul e uşor accelerat nedepăşind niciodată 90; accelerarea durează 15 — 30 minute. Reacţiuni tardive nu am observat niciodată. Respiraţia suferă o uşoară acceleraţiune transitorie.

Valoarea funcţională a ficatului, cercetată prin proba *Bauer — Fiessinger* la 2 bolnavi supuşi unei cure îndelungate, a rămas neînfluenţată, chiar după un număr apreciabil de injecţii.

Diureza a rămas deasemenea neinfluenţată, iar cercetarea repetată în cazurile noastre, a urinei şi a ureei sanguine nu a arătat o influenţă nocivă a dilaudidului în administrare intravenoasă, asupra parenchimului renal.

Concluziile încercărilor noastre, care înumără aproape 100 de injecţii, lente, făcute pe 12 bolnavi (dintre cari majoritatea cu dureri atroce puţin alinate prin celelalte mijloace antalgice cunoscute) sunt următoarele:

Dilaudidul şi complexul dilaudid-scopolamină pot fi administrate intravenos, în dozele obişnuite, fără accidente şi inconveniente serioase.

Injecţia intravenoasă lentă *(în 30 minute şi mai mult) a acestor medicamente, diluate prealabil în ser glucozat hipertonic, ser fisiologic sau apă distilată 20 cc. fac ca toleranţa pentru ele să crească, ca şi efectele căutate, cari sunt net superioare celor obţinute după administrarea pe orice altă cale a acestor medicamente. Superioritatea de acţiune e dată de faptul că efectul antalgic este prompt, apărând din primele clipe ale injecţiei, este incomparabil mai intens şi e mai prelungit. Acţiunea complexului dilaudid-scopolamină este superioară celei a dilaudidului simplu. Metoda nu dă loc la accidente toxice sau de intoleranţă, nu produce turburări funcţionale circulatorii, respiratorii, hepatice, renale, care să o facă temută şi nici nu duce la obişnuinţă, mai curând decât în cazul administrării subcutanate a dilaudidului* (fapt constatat cu sărurile de morfină şi de *Loeper).*

Utilitatea administrării în acest mod a dilaudidului apare cu deosebire evidentă în durerile atroce, în care celelalte mijloace antalgice, sau injecţiile subcutane de opiacee dau rezultate nesatisfăcătoare şi de prea scurtă durată, care ar necesita deci doze crescânde şi prea des repetate. Durerile cancerosilor sunt—în această privinţă — pe primul loc al indicaţiilor.

Iată acum relatarea câtorva din observaţiile şi faptele ce constituesc experienţa noastră şi stau la baza noţiunilor generale, enunţate mai sus.

Aceste fapte ilustrează în plus variaţia răspunsurilor la această terapie, dela caz la caz şi arată câteva din aspectele reacţiunilor posibile în unele cazuri.

Bolnava N. C, de 25 ani, suferind de *cancer mamar cu metastaze vertebrale* (diagnostic radiologic) este imobilizată în pat din cauza durerilor atroce în regiunea lombosacrată, iradiind dealungul sciaticului drept. Trunchiul este aproape rigid din cauza contracturii masselor spinale iar membrul inferior drept este fixat din cauza durerilor ce le provoacă orice mişcare, oricât de mică, a acestui membru. Bolnava stă mai tot timpul nemişcată, din cauză că orice deviaţiune activă şi chiar pasivă din atitudinea de repaos orizontală, îi provoacă dureri insuportabile, prelungite.

Injecţiile subcutanate cu dilaudid şi dilaudid-scopolamină, în doze obişnuite (o fiolă repetată chiar de 2—3 ori pe zi) o calmează temporar câteva ore şi incomplet; o fac doar să nu sufere în atitudinea obişnuită.

I se face o injecţie cu dilaudid intravenos repede. In timpul injecţiei însă, bolnava are greţuri, dar se stăpâneşte să nu vomite. Doarme 5 ore, se deşteaptă apoi, rămânând încă 6 ore într'o stare

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tusă

In afară de calmarea repede a centrului tusei, Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă); nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă. E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro **dosi 1/4—1/2 din tabletele de 0,005 gr.**

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.,

Produse chimico-farmaceutice, BUCUREŞTI III. Str. Atena, 29.

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**
CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ
ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI

în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" **SPECIA** **21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —**

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

de uşoară obnubilaţie în care timp durerile sunt foarte şterse. Treptat însă durerile revin ca mai înainte.

Ziua următoare i se face o injecţie *lentă* cu dilaudid-scopolamină şi anume o fiolă în 20 cmc. de ser glucozat hipertonic 30% intravenos, în 30 minute. Către sfârşitul injecţiei are o senzaţie de oboseală, de ameţeală uşoară; doarme apoi, deşteptându-se după 5 ore, cu senzaţia că e bine odihnită. Nu mai are dureri şi poate mişca cu uşurinţă membrul inferior drept, care înainte era imobilizat de dureri. După încă o injecţie făcută încet, rigiditatea coloanei vertebrale, şi ea diminuată, îi permite chiar mişcări apreciabile; poate îngenunchia, se poate ajuta spre a se urca în pat, etc. Timp de două zile nu are nevoie de o nouă injecţie, iar nopţile corespunzătoare doarme bine, fără să fie nevoie de analgesice sau soporifice. Durerile reapar după 2 zile

Facem injecţii cu dilaudid-scopolamină la intervale de 3 — 6 zile, cari o ajută chiar să poată umbla.

Bolnava T. Ch., de 28 ani, cu *acelaş diagnostic*, imobilizată la fel, de dureri în pat, e adusă din serviciul de chirurgie. Injecţiile de dilaudid şi dilaudid-scopolamină făcute subcutanat nu îi dau linişte şi alinare.

Facem dilaudid-scopolamină intravenos, *lent* în diluţie şi bolnava are prima noapte liniştită când poate dormi. Le repetăm apoi la intervale variabile (de câteva zile) reuşind în felul acesta să-i menţinem o stare satisfăcătoare fără dureri sau doar cu dureri surde, cu bună dispoziţie, odihnă. Ca şi în cazul precedent, alinarea obţinută durează 2 şi 4 zile. Are uneori vărsături la 1 — 2 ore după injecţii, dar varsă uneori şi în zilele fără injecţie.

Bolnavul D. G., de 45 ani, are o *nevralgie sciatică stângă*. Durerile sunt aşa de violente că forţează pe bolnav să stea în poziţie ventrală, fie culcat pe spate, dar cu membrele inferioare (mai ales stângul) în flexiune: coapsele pe basin şi gambele pe coapse cu o pernă sub genunchi. Hiperestesia cutanată e aşa de vie, iar apăsarea pe regiunea fesieră provoacă astfel de suferinţe, încât bolnavul nu poate tolera nici cearşaful deasupra acestei regiuni. Analgesicele obişnuite, în doze forte chiar, nu aduc nici o alinare. Intensitatea suferinţelor e aşa de mare că fac pe bolnav să nu se poată alimenta şi-l împiedică de a dormi câteva ceasuri în şir. Facem injecţii cu dilaudid-scopolamină, *lente*. Bolnavul ne semnalează chiar dela primii centimetri cubi introduşi o senzaţie de bine; aceasta progresează cu introducerea mai departe a lichidului, încât la sfârşitul injecţiei (20 minute dela începutul ei) bolnavul poate mişca în voie membrele inferioare.

Reacţiunile ce se produc sunt astfel relatate de bolnav: în cursul injecţiei se produce o înceţare progresivă a vederii, încât către sfârşit — spune el — nu mai vede decât un cerc roşu; are o perioadă transitorie de diplopie; în acelaş timp cade într'o toropeală progresivă ce se transformă într'o somnolenţă pronunţată.

In starea aceasta de somnolenţă rămâne 2 ore; la întrebări insistente răspunde logic şi coherent; un zâmbet permanent traduce starea de euforie, pe care ulterior ne-o descrie. Rareori câte o mişcare incoherentă a membrelor superioare şi a buzelor — (ca şi când ar spune ceva).

Revenindu-şi din această stare, continuă să se simtă bine 4—5 ore după care durerile reapar progresiv. Necesitatea injecţiilor e bicotidiană. Se răresc după câteva zile făcându-se numai una pe zi.

Descoperindu-se în acest interval că durerea e provocată prin *compresiunea pe sciatic a unui abces rece fesier*, bolnavul e evacuat în serviciul chirurgical.

Acelaş lucru la bolnvaii N. A. de 30 ani şi V. A. de 44 ani, suferind tot de *sciatică*, la cari injecţiunile de dilaudid simplu, făcute lent dau aceleaşi sensaţiuni durabile, 10—24 ore, de bine. Injecţiile se repetă zilnic, apoi la 2 zile interval şi se suprimă după 8, fără ca bolnavii să arate o obicinuinţă şi să le solicite.

Infine trebue să semnalăm efectul bun al injecţiunilor lente cu dilaudid-scopolamină în colicele provocate de spasmul fibrelor netede şi în inflamaţiunile viscerale. Sora P. de 24 ani face o *colică veziculară*. Nu e calmată deloc de dilaudid-scopolamină subcutanat; o injecţie intravenoasă lentă o linişteşte pentru o noapte, permiţându-i somnul.

In cazul sorei S., care face o *colecistită subacută cu dureri surde continui exagerate în crize* şi cu o febră oscilantă, neregulată, atingând uneori 39.5, injecţia subcutanată de dilaudid-scopolamină o alină pentru 6—8 ore, durerile reapărând apoi; injecţia intravenoasă lentă, repetată a doua noapte îi procură un calm mai adânc şi definitiv, căci durerile nu mai reapar.

Aceleaş rezultate de categorică superioritate ca promptitudine, intensitate, durată a analgesiei obţinute, le constatăm la alte 2 bolnave cu *colici veziculare* repetate, la care injecţia subcutanată produce, o alinare scurtă de 6—8 ore cu revenire rapidă a durerilor, în timp ce injecţia intravenoasă lentă alină pentru 20 ore, durerile revenind încet, progresiv.

Experienţa noastră mai comportă în fine *trei bolnavi canceroşi* (stomac, ficat). Aceleaşi efecte remarcabile ale injecţiunilor intravenoase de dilaudid-scopolamină, în raport cu cele subcutanate, ca intensitate şi durată. Bolnavii remarcă ei înşişi diferenţa şi solicită — în general — să li se facă injecţia intravenos.

Este de subliniat pentru toate aceste cazuri, cari au primit mai multe injecţii la rând (şi cu deosebire pentru bolnava din observaţia II-a, care a primit 25 injecţii) că nu s'a constatat o obişnuinţă psihică vicioasă şi injecţiile au putut fi suprimate fără nici un inconvenient din partea bolnavilor.

Metoda injecţiunilor intravenoase lente cu dilaudid şi dilaudid-scopolamină constitue deci, după experienţa noastră, o armă nouă, de eficacitate crescută, în lupta contra durerii. Introducerea intravenoasă, încet, în diluţie, a acestor medicamente, permite utilizarea lor cu un randament superior celui obţinut după injecţiunile aceloraş produse, subcutanat. Prin această utilizare mai bună a medicamentelor, metoda înseamnă un important câştig pentru terapia durerilor violente.

Ea nu constitue un mijloc antalgic universal, de aplicat oriunde şi în orice condiţiuni. Trebue utilizată oridecâte ori e nevoe de o acţiune sedativă energică şi ori de câte ori celelalte mijloace antalgice rămân inoperante. In aceste cazuri grele, ea poate da uneori rezultate surprinzător de bune, de aceea merită să fie încercată şi adoptată mai ales în algiile canceroase.

BIBLIOGRAFIE

W. Roedel: Therapie der Gegenwart 1930, No. 5, p. 238

Blumenthal: Medizinische Welt 1930. No. 24. pag. 852.

Di Natale Luigi: Atti e memorie dela Societa Lombarda di Chirurgia Bd. II. No. 15. Sed. din 19 Iulie 1935.

Nino della Mano, idem, idem.

M. Siebner: Zentralblatt für Chirurgie 1935. No. 7. pag. 388.

H. v. Hoesslin Klin. Wochenschrift 1930, No. 29, pag. 1382.

Rottman: Fortschritte der Therapie 1936, No. 11.

Loeper, Varay, Ledoux-Lebard: Bull. et mem. dela Soc. med. des hôpitaux de Paris, 1938, No. 23, pag. 1165.

Loeper, Varay, Brault, Ledoux, Lebard, Vignelon, Bull. et mem. mem. de la Soc. med. des hôp. Paris, 1939, No. 7, pag. 302.

Benard et Sallet: Bull. dela soc. de therapeutique, 1938, No. 7, pag. 69.

Porumbaru I. Al IX congres de chirurgie român, Bucureşti 1938 (Anestezia locală cu gluconat de calciu).

Davidescu G.: Injecţiunile intravenoase lente cu clorhidrat de dihidromorfinon. Teza Fac. de Med. Bucureşti 1939, Iulie.

Factorul timp în Neuropatologie

de Docent Dr. D. GRIGORESCU

Dela început trebuie să fixăm ce înţelegem în neuropatologie prin factor timp pentru a nu da naştere unor greşeli de interpretare. Factor timp numim evoluţia în timp a unei boli. Această evoluţie se desfăşoară, în general, după anumite criterii mai mult sau mai puţin cunoscute, ajungând după un timp variabil de la un individ la altul la tablouri clinice pe care totuşi le bănuim chiar din momentul ce am pus un diagnostic. Astfel, starea actuală a ştiinţei ne permite să prevedem, în majoritatea cazurilor, care va fi evoluţia unei tumori cerebrale, a unei polinevrite, a unei poliomielite anterioare acute, a unei meningite tuberculoase, etc.

Evident că acestea sunt noţiuni clasice, cunoscute din patologia generală. Dar, în patologia nervoasă, găsim uneori, fapte mai puţin obişnuite ca în celelalte ramuri ale medicinei, fapte cari sunt în directă legătură cu acest factor timp. Să luăm câteva exemple: *A. Alajouanine* a publicat un caz de paraplegie în flexiune terminală a pseudobulbarilor iar în alt caz văzut *de Freund*, coreea cronică lua mai târziu aspectul boalei lui Wilson.

Alteori în evoluţia unei boli asistăm la transformări radicale ale aspectului semiologic aşa încât în acest caz s'ar părea, la prima vedere, că ar fi vorba de erori de diagnostic. De ex.: există cazuri de bolnavi cu turburări isterice cari dispar repede iar după câtva timp constatăm la dânşii instalarea unui tablou de scleroză în plăci, dintre cele mai caracteristice. In asemenea împrejurări ne întrebăm, cum spusei, dacă nu avem deaface cu greşeală de diagnostic sau, lucru mai grav, dacă noţiunile noastre despre turburările isterice nu sunt cam şubrede? Vom vedea mai departe cum stau lucrurile. Pentru un moment conchidem că acest factor timp poate transforma diagnosticul pus dând astfel naştere la o serie de discuţiuni din care pot emana concepţiuni noi asupra multor probleme din neuropatologie.

Factorul timp are un rol covârşitor în interpretarea genetică a *bolilor familiare* şi acest rol e pus în evidenţă în raportul asupra maladiilor familiare extrapiramidale dela congresul din Copenhaga (1939), de d. prof. *Ionescu-Sisesti* şi dr. *G. Stroescu* pentru cari, una din proprietăţile esenţiale ale acestei afecţiuni heredo-familiare ale sistemului nervos este mutabilitatea lor în timp. Nu numai că ele se agravează calitativ în timpul evoluţiei, dar îşi pot schimba complect aspectul, trecând astfel dela un tip clasic la altul.

Autorii români se bazează în formularea acestei reguli pe o serie enormă de cazuri, atât culese din literatură cât şi personale, din care se vede transformările în timp a unor etichete de diagnostic din ce în ce mai variate. Astfel, există cazuri de coree devenite mai în urmă boala lui Wilson Freund, spasm de torsiune care se transformă în parkinsonism (Maas), coree Huntigton putând să-şi schimbe tabloul clinic în boala lui Wilson (Kraepelin). Boala lui Wilson se transformă uneori în spasm de torsiune (Berkmann). Câte odată miotonia congenitală devine mai târziu spasm de torsiune (Marotta). Trebue să remarcăm că aceste constatări făcute în cazuri de afecţiune familiare extrapiramidale se suprapun exact pe întreaga serie de boli familiare, cum citează Mollaret, trecerea dela heredoataxia cerebeloasă la maladia lui Friedreich (Menzel, Söderberg) şi, invers (cazul lui Raymond şi cazul Mollaret), etc.

Intr'un cuvânt factorul timp aplicat la studiul boalelor familiare a putut conduce pe autorii români la formarea unor noţiuni extrem de importante cari coroborate cu alte cercetări poate să permită formularea unor noi concepţii în ceace priveşte genetica şi clasificarea acestor afecţiuni.

In aceiaşi ordine de idei vom da mai jos câteva exemple în cari factorul timp pare a fi cel mai important argument în susţinerea autonomiei unor neuroafecţiuni.

Astfel problema sindromului *Aran-Duchenne* nu poate fi descifrată uneori decât urmărind ani dearândul bolnavii ce au această amiotrofie. In timp, vom putea descoperi dacă acest sindrom *Aran-Duchenne* este singurul rezultat al unei poliomielite anterioare cronice sau el face parte doar dintr'un tablou mult mai complex al sclerozei laterale amiotrofice.

Intr'o lucrare publicată cu *Dr. S. Axente* asupra acestei afecţiuni spuneam: Dacă ne găsim în faţa unui sindrom *Aran-Duchenne* vom putea elimina sau confirma uşor şi repede, o siringomielie prin turburările caracteristice de disociaţie a sensibilităţii, cifoscolioză — modificări de reflexe, o polinevrită prin turburările de sensibilitate, durere şi reflexele abolite, o meningo-mielită specifică, prin analiza lichidiană, etc.

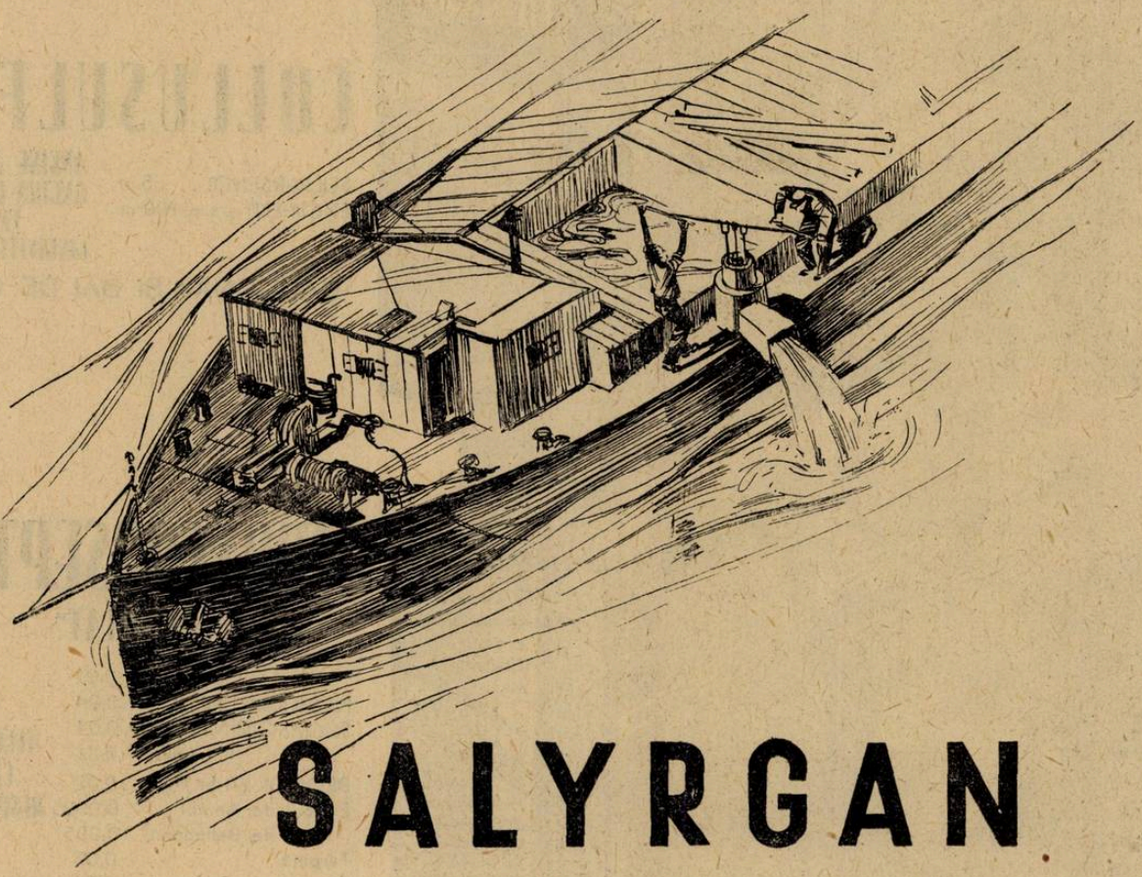
Dar, dacă în momentul când ni se iveşte acest caz de atrofie tip *Aran-Duchenne* nu putem constata nici un alt simptom din tabloul afecţiunilor citate mai sus, sau alt semn piramidal sau bulbar, care să ne facă să ne gândim la o scleroză laterală amiotrofică — rămâne ca «timpul» să ne lumineze. Adică, suntem siliţi să punem un «diagnostic de aşteptare» cum îl numeşte *Claude* — în faţa acestui sindrom *Aran-Duchenne*. Va rămâne câţiva ani un sindrom pur *Aran-Duchenne* va fi o poliomieelită anterioară cronică, i se vor adăoga semne din seria piramidală sau turburări bulbare, va fi o scleroză laterală amiotrofică. Vedem dar, cum suntem în mâna acestui factor timp pentru a afirma sau infirma existenţa şi autonomia poliomielitei anterioare cronice — autonomie nosologică negată încă de mulţi autori.

In anul 1929, deci acum 10 ani, se internează în serviciul clinicei regretatului prof. *G. Marinescu*, o pacientă care prezenta toate semneele unei hipertensiuni craniene. Cefalee, greaţă, vărsături, stază, papilară, hipertensiune lichidiană (80 la Claude). Unele crize convulsive, cu predominenţă la dreapta, văzute însă numai de o soră din serviciu, era un argument în plus pentru diagnosticul de neoplasie cerebrală, la care ne gândeam de altfel cu toţi colegii din clinică.

Din instalarea rapidă a fenomenelor, terenul angioneurotic, o stare subfebrilă şi o limfocitoză lichidiană ne îndreptăţea să ne gândim şi la posibilitatea unei meningite seroase. Deşi aci diagnosticul de aşteptare periclita vederea bolnavei, totuşi cu aprobarea maestrului nostru se începe un tratament antiinfecţios şi hipotensiv lichidian (ser glucozat, clisme de sulfat de Mg., puncţii repetate) amânându-se craniectomia. Timp de câteva luni se continuă tratamentul şi bolnava treptat se ameliorează.

Putem noi după această ameliorare să deslegăm problema dacă era vorba de o meningită seroasă sau aveam a face cu o tumoră cerebrală? Trebuie să mărturisim că nu. Dar, având posibilitatea să urmărim pacienta timp de 10 ani după vindecare, şi să ne dăm seama că în tot acest interval a putut să-şi vadă de ocupaţiunile sale, putem afirma, cred, că a fost vorba de o pseudo-tumoră — *meningită seroasă*— boală a cărei autonomie după majoritatea autorilor nu este precizată încă. Chiar în ipoteza existenţei unui nucleu neoplasic, care ar fi spinul iritativ al hipertensiunei intracraniene în cazul nostru, aşa cum au afirmat-o neurochirurgii, când le-am prezentat pacienta după 10 ani, totuşi factorul timp, ne impune să admitem existenţa certă a unei meningite seroase — afecţiune autonomă — depinzând însă de diverse cauze, aşa cum am arătat-o într'un articol din Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie împreună cu d. prof. *G. Marinescu* şi d-rul *O. Sager*.

Oftalmo-neuro-mielita sau maladia lui Devic este o afecţiune destul de curioasă ca simptomatologie prin prinderea succesivă a nervului optic şi a măduvei. Nici acest tablou semiologic care nu e constant, nici analizele de laborator, nici datele anatomo-patologice nu sunt suficiente pentru a fixa cadrul nosologic al neuromielitei. In



SALYRGAN

DIURETIC puternic şi neiritant. Se poate aplica intramuscular, intravenos şi intraperitoneal.

Are un efect sigur şi este întotdeauna bine suportat, chiar după o întrebuinţare mai îndelungată. Acţiunea diuretică a mercurului este mărită prin adăugarea teofilinei, care stimulează funcţiunea eliminatorie a rinichilor.

Antisifilitic bine suportat şi cu efect sigur; se poate întrebuinţa chiar în aceiaş seringă împreună cu Neosalvarsan.

Ambalaje originale:

Cutii cu 5 şi 10 fiole de 1 sau 2 cc.

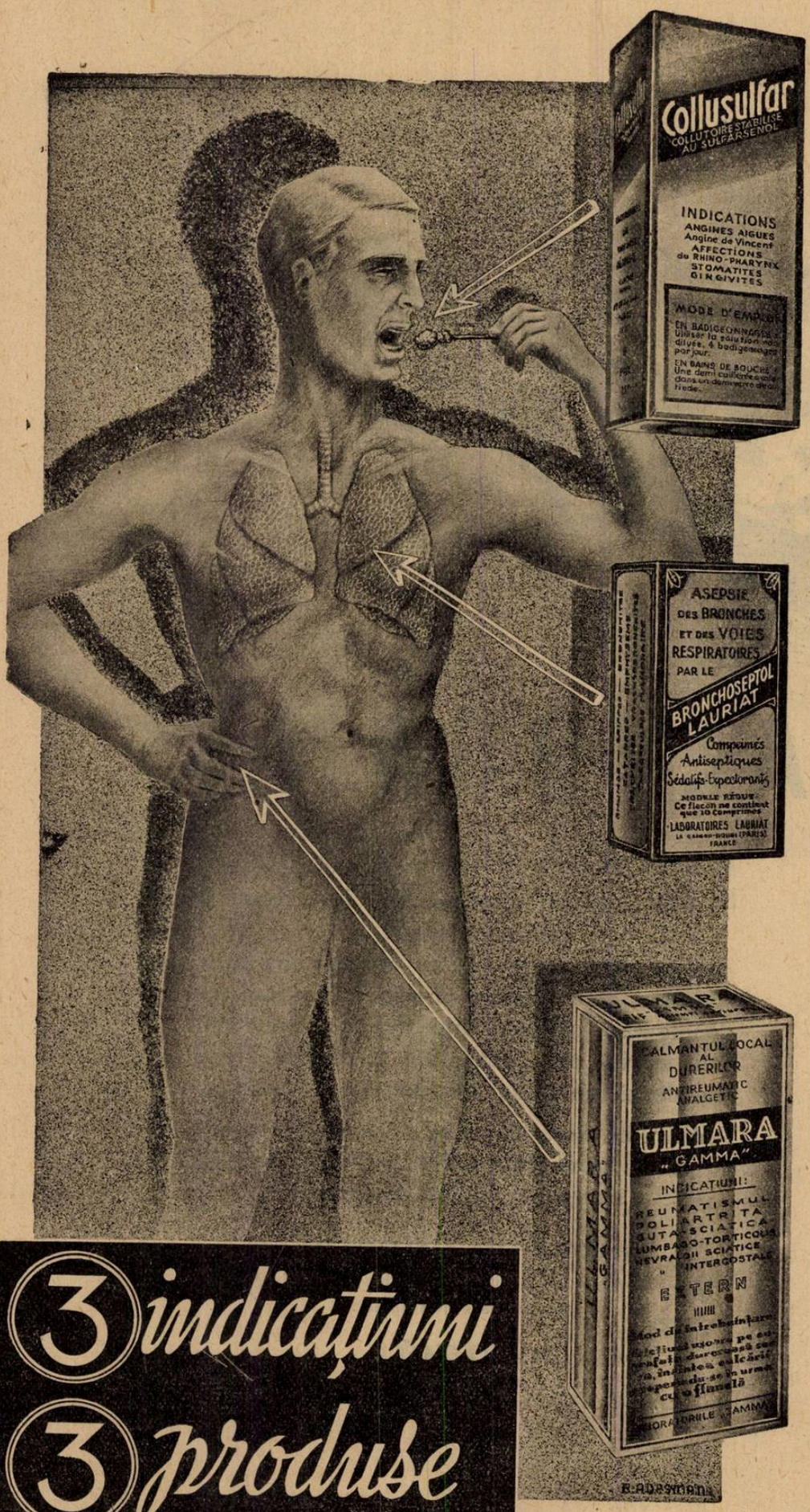
Supositoare şi drageuri

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-9286, Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.



COLLUSULFAR

SULFARSENOL . . 5 gr.
EXCIPIENT q. s. p. 100 cc.

ANGINE ACUTE
ANGINA LUI VINCENT
GINGIVITE

BADIJONAJ ȘI BĂI DE GURĂ

BRONCHOSEPTOL

„LAURIAT"

Pudra de Doveri	Ipeca	0,01
	Sulf. de pot.	0,04
Codeinată (0,10)	Nifr. de pot.	0,04
	Codeină	0,01
BROMOL (Tribr.)		0,02
Extract de Aconit		0,0025
„ de Belladonă		0,005
Terpină		0,05
Benzoat de Sodiu		0,10
Excipient		0,33

AFECȚIUNILE CĂILOR RESPIRATORII

4—6 PE ZI

ULMARA

„GAMMA"

ES. DE SPIREA ULMARIA
„ „ MATRICARIA
„ „ TEREBENTINĂ
„ „ THYM
„ „ LAVANDĂ
„ „ ROSMARIN
CLOROFORM

ANTIREUMATIC ANALGETIC

FRICȚIUNE

3 indicațiuni
3 produse

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

adevăr prinderea nervilor cranieni urmată de mielită se întâlneşte, uneori, în scleroza în plăci,, în sifilis, în encefalita letargică şi în maladia lui Schilder. In special această simptomatologie apropie maladia lui Devic de scleroza în plăci cum au şi afirmat o serie de autori. In acelaş timp nici leziunile anatomice nu sunt deloc caracteristice, fiind pe deoparte asemănătoare cu cele din neuroinfecţiunile acute sau cu cele din scleroza multiplă.

Ocupându-ne şi noi de această afecţiune, împreună cu dr. *Sager*, într'o lucrare publicată, în 1932, în Arhiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am putut constata un element extrem de important care ne-a făcut să conchidem că această afecţiune are un cadru nosologic autonom. Elementul în chestiune era timpul. In lucrarea de care vorbim, am prezentat un caz vindecat de oftalmo-neuro-mielită, cu cel mai clasic tablou semiologic — nevrita optică şi mielita. Sunt 17 ani de când bolnavul n'a mai avut nici un fenomen patologic fiind complect sănătos în acest răstimp. De sifilis nu putea fi vorba. S'ar putea admite o scleroză în plăci cu această remisiune complectă ce durează de 17 ani? Nu cunoaştem din toată literatura un asemenea caz. Deci, prin eliminare, rămânem la eticheta noastră de oftalmo-neuro-mielită, boală autonomă, bazându-ne în deosebi pe acest mare răstimp care s'a scurs dela vindecarea afecţiunei şi neapariţiei nici unui alt simptom până azi.

Encefalita letargică — boală infecţioasă — datorită unui virus neurotrop prezintă în evoluţia ei două tablouri semiologice distincte, despărţite printr'un timp variabil, de la câteva luni la câţiva ani. Nici la cincizeci la sută din cazurile de parkinsonism post encefalitic nu putem şti când a fost perioada acută a encefalitei letargice, căci aceasta poate fi atât de frustă uneori încât bolnavul nici nu simte nevoia să steă în pat sau în casă. O stare gripală cu uşoară febră, fără somnolenţă sau diplopie şi atât. Iar după un timp, după cum spuneam, de câteva luni sau câţiva ani în care pacientul se află într'o sănătate perfectă în aparenţă, putând să-şi vadă de toate ocupaţiile, se instalează în mod insidios cel mai caracteristic tablou de parkinsonism. Factorul timp a intervenit şi aci pentru a deslega problema acestei stări gripale care, în realitate, a fost encefalită letargică frustă, bazându-ne numai pe al doilea aspect semiologic parkinsonismul ce s'a instalat peste câţiva ani.

De aci o concluzie de ordin practic, suficient de interesantă spre a fi subliniată. In faţa unei stări gripale cu aspect neobişnuit — uşoară somnolenţă, cefalee, uşoară ptoză—care apar la un tânăr — va trebui să intensificăm cercetările noastre făcând un examen lichidian. Dacă însă lichidul cefalo-rachidian are caracterele unui lichid de tip infecţios, un tratament adequat se impune, tratament care chiar dacă nu opreşte apariţia fazei parkinsoniene totuşi o poate influenţa, făcând-o să apară mai târziu sub o formă compatibilă cu o viaţă socială.

Factorul timp ne aduce — cum spuneam — o serie întreagă de fapte cari par a sugera o teorie nouă asupra *histeriei*. Un eminent neurologist îmi povestea odată despre un caz de histerie care făcuse obiectul unor ample discuţiuni şi chiar a unor frumoase articole. Nimeni nu s'ar fi gândit, în acel moment că diagnosticul ar putea fi inexact şi deci toate simptomele erau interpretate şi discutate ca aparţinând sigur histeriei. Bolnava însă, cum se întâmplă uneori, a fost pierdută din vedere după ce a fost studiată. Peste câţiva ani însă întâmplarea face ca neurologistul, care fusese colaborator la studiul acestui subiect, să întâlnească într'un spital de boli mintale, pe bolnava diagnosticată altădată de histerie, prezentând de data aceasta cel mai frumos tablou de schizofrenie.

S'ar zice că în acest caz avem a face cu un caz izolat şi care nu ar putea spune mare lucru, fiind vorba de două alternative. Fie că a fost o eroare de diagnostic, fie că s'a nimerit ca o bolnavă histerică să facă o schizofrenie.

Deasemenea o altă serie de cazuri diagnosticate drept histerie, dacă au fost urmărite un timp, s'a descoperit ori că au fost simple simulări în vederea unui scop bine determinat, care nu putea să iasă la iveală decât cu timpul, ori s'au canalizat spre o psihoză bine cunoscută. Apropierile între histerie şi demenţa precoce nu au putut fi stabilite decât urmărindu-se un timp simptomatologia şi evoluţia acestei bizare turburări.

In majoritatea cazurilor de histerie timpul ne va arăta că acel accident cu care bolnavul se prezintă la medic şi care se vindecă după o şedinţă de sugestie, armată sau nearmată, se va repeta în realitate deoarece terenul zis isteroid va rămâne acelaş mai departe.

Acest teren, al cărui mod de reactivare nu-l putem cunoaşte complect decât urmărind activitatea pacientului ani dearândul, se manifestă prin comportarea specială a indivizilor faţă de mediul şcolar, familiar sau social, caracterizată prin stări crepusculare, manierisme şi puerilisme, tristeţe fără motiv, instabilitate, ciudăţenii în atitudini faţă de evenimentele din cursul zilei, desgust de muncă şi de viaţă, etc., simptome cari sunt atât de apropiate de cele cunoscute din studiul schizoizilor.

Şi tot factorul timp ne va arăta cât suntem de grăbiţi uneori în privinţa diagnosticelor de pitiatism sau aşa zişelor turburări funcţionale.

Turburările motrice şi de sensibilitate, vegetative, endocriniene, spasmele vasculare, pot fi foarte uşor luate ca turburări histerice bazându-ne doar pe tabloul lor bizaroid şi în special pe vindecarea lor rapidă. Numai evoluţia stării bolnavilor şi urmărirea simptomelor cari se vor repeta, asociate de cele mai multe ori cu alte fenomene, cari se pot pune în evidenţă printr'o amănunţită stare clinică şi de laborator, poate elimina erorile de diagnostic cu urmări destul de grave, uneori.

Intr'o zi mi se prezintă la consultaţii două doamne tinere însoţite de un domn — una din doamne în vârstă de 28 — 30 ani, prezinta un mutism complet, ce-l avea de câteva ore. In urma unei discuţiuni cu sora şi cumnatul său (însoţitorii) pacienta constată deodată că nu mai poate vorbi. Examinată, nu descoperim, în afară de mutism nici o turburare afazică, nici o asimetrie facială sau vreo turburare de motilitate sau reflexe. Bolnava ne urmăreşte cu privirea şi rugată să scrie, ne arată motivul că în urma unei supărări nu mai poate vorbi. Pentru a avea certitudinea că ne găsim în faţa unei turburări funcţionale, să-i zicem histerice, am aplicat şi proba terapeutică. I-am făcut o injecţie de gluconat de calciu sugerându-i în prealabil că numai dacă va simţi o căldură în corp va putea vorbi, altfel medicamentul nu este cel indicat. Cum era de prevăzut, căldura s'a produs şi bolnava începu întâiu să articuleze câteva cuvinte, apoi după câteva minute vorbea bine. Nimic extraordinar, s'ar zice. Dar, peste vreo câteva luni, bolnava revine — de rândul acesta cu dizartrie şi oarecari turburări de memorie şi ideaţie. O analiză lichidiană ne arată repede că aveam deaface cu cea mai clasică paralizie generală. A fost o eroare de diagnostic sau fenomenele isterice au fost urmate de para-sifilis? Credem mai curând că primul accident luat de noi ca simplă turburare isterică era efectul unui spasm vascular sau al unui mic ictus congestiv cunoscut în evoluţia p. g. p.-ului, neavând nimic a face cu ceea ce numim histerie. In acest caz timpul ne-a arătat eroarea făcută, dacă se poate vorbi de o eroare, şi tot timpul ne-a aruncat o rază de lumină asupra genezei unor fenomene pseudo-isterice etichetate prea rapid uneori.

Privind astfel problema histeriei la lumina factorului timp, făcând apoi statistica tuturor cazurilor observate şi cercetând evoluţia lor în decursul anilor ajungem la concluzii cari par a dărâma unele concepţii admise azi ca dominante în această afecţiune.

In adevăr, vom asista la următorul fenomen. Majoritatea cazurilor etichetate ca histerie vor evolua cu timpul în trei direcţii. Prima spre o simulare având în vedere un interes bine determinat. (Parhon). Această formă se poate întâlni în diverse servicii spitali-

ceşti şi cu diverse aspecte semiologice — vindecabilă rapid acolo unde bolnavii sunt trataţi drastic de medici competenţi şi în special în serviciul spitalicesc, unde pacientul simte că nu mai poate fi tolerat la infinit; nevindecabilă şi chiar agravantă în serviciile unde se face o cultură a histeriei — simţită şi speculată de bolnav.

A doua alternativă ce o întâlnim prin urmărirea în timp a cazurilor este decelarea unor simptome certe organice de cari am pomenit mai sus, simptome ce fac a confunda aşa zisele fenomene pitiatice cu afecţiunile organice bine etichetate. De aci datoria de a examina complect orice caz diagnosticat la prima vedere — histerie. Adică să cercetăm sistemul glandular, vegetativ, cardio-vascular, făcând examenul complet sanghin şi lichidian, etc. ştiind că aceste sisteme pot fi modificate în afară de factorii toxici şi infecţioşi, şi de factorul emotiv, comoţie sau traumă psihică.

Şi în sfârşit a treia posibilitate pe care ne-o oferă tot timpul este aceea a vedea cum simptomul histeric nu este altceva decât o latură a unei psihoze bine cunoscute, în majoritatea cazurilor schizofrenia. Această afecţiune mintală evoluează lent şi insidios şi pe terenul ei apar din când în când simptome mai curioase cari par a se vindeca în urma diverselor tratamente şi deaceea sunt etichetate ca simptome pitiatice, negăsindu-se la bază nici simularea, nici semnele organice cunoscute până azi. Aci doar timpul este acel factor care ne va arăta realitatea fenomenelor.

Astfel văzute lucrurile poate ne vom explica de ce histeria cum se înfăţişa altădată, se răreşte şi tinde chiar să dispară.

Dar *scleroza în plăci?* E ştiut astăzi şi găsim trecut aproape în toate tratatele clasice că începutul acestei boli este în majoritatea cazurilor extrem de insidios iar mersul caracteristic este în puseuri. O cecitate care durează câteva ore sau câteva zile pentru a se vindeca complet, turburări vestibulare ce durează câteva clipe şi cari se repetă la intervale destul de mari, fenomene de claudicaţie intermitentă, care produc slăbirea bruscă a membrelor inferioare şi căderea bolnavului, etc., sunt simptome pe cari le găsim în istoricul oricărei scleroze în plăci, simptome ce au apărut cu ani de zile înaintea instalărei tabloului caracteristic al acestei boli. Ce mare importanţă de ordin practic are aci factorul timp. Examinarea complectă a bolnavului care a prezintat unul din simptomele citate mai sus, ar decela cu siguranţă şi ale mici semne cari ne-ar pune diagnosticul acestei neuroinfecţiuni cu ani de zile înainte de instalarea fenomenelor definitive. Numai în acel moment administrarea unui tratament adequat ar putea aduce o eventuală vindecare a sclerozei multiple.

Trecând în revistă întreaga neuropatologie credem că putem afirma, că rolul factorului timp este extrem de important puntru lămurirea patogeniei afecţiunilor cărora nu le putem găsi etiologia în unul din factorii cunoscuţi — traumatismul, factorul toxic, infecţios sau neoplasic. Numai evoluţia tablourilor clinice datorite acestor ultimi factori ne este mai mult sau mai puţin cunoscută; rămânând neclarificată seria cealaltă de afecţiuni heredo-familiare, constituţionale, turburări de nutriţie, turburările vegetativo-glandulare, ageneziile, etc., într'un cuvânt toată seria de sindrome având la bază o etiologie ipotetică. Toate aceste tablouri patologice trebuesc să fie urmărite şi controlate în timp. Numai după trecerea acestui timp, uneori foarte lung, diagnosticul nostru pus la început cu semnul întrebării, diagnosticul de aşteptare, de care am mai vorbit va fi verificat, confirmat sau infirmat. Procedând astfel ne vom pune la adăpost de mari erori şi în special ne vom feri să creiem teorii cari n'au la bază decât o cunoaştere rapidă şi deci superficială a bolnavului, teorii ce nu pot decât să rătăcească pe adevăraţii cercetători.

Şi pentru a încheia, credem util de reamintit rolul factorului timp şi în terapeutică căci există o serie de publicaţiuni scrise în grabă cari dau statistice impresionabile de vindecări ale unor afecţiuni cu ajutorul diverselor metode şi medicamente. Or, noi ştim că, în neuropatologie sunt o serie de remisiuni aşa zise spontane cari pot fi puse pe socoteala oricărei terapeutice aplicate. Ca să putem însă vorbi de vindecări trebue să lăsăm un spaţiu de ani de zile în care să urmărim cu conştiinciozitate evoluţia simptomelor morbide, în caz contrar afirmaţiile noastre devin puerile, dacă nu necinstite.

Problema se poate extinde la infinit cuprinzând şi unele laturi din celelalte ramuri ale medicinei însă trebue recunoscută importanţa sa mare în neuro-patologie şi psihiatrie. Din domeniul acestei din urmă specialităţi amintim în treacăt numai problema psichozei maniaco-depresive care a fost descifrată prin urmărirea cazurilor de manie sau melancolie în decurs de ani. Vom lăsa specialiştilor în materie cuvântul în această chestiune.

Pentru a încheia aceste câteva observaţiuni, mărturisim că nu avem pretenţia a fi descoperit lucruri noui. Am crezut totuşi util să punem pe hârtie ceeace toţi avem în gând, cu scopul ca cel puţin dacă nu ne-au folosit nouă în trecut, va călăuzi poate cercetările noastre viitoare şi ale celor ce vin după noi.

BIBLIOGRAFII

Précis de médecine des enfants par P. Nobécourt. Professeur de Clinique médicale des Enfants á la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Acadèmie de Médecine, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades. Sixiéme édition entiérement refondue. *Masson et C-ie éditeurs.* Un volum de 1304 pagini cu 604 figuri. (Collection de précis médicaux) Cartonat . . . . . 175 fr.

Autorul consacră noui capitole diatezelor, carenţelor, special avitaminozelor, turburărilor de creştere şi pubertate, infecţiunilor prin microbi banali, meliticociei, homogenici, limfogranulomatozei maligne, meningitelor seroase, encefalitelor acute, infecţiunilor cu virus neurotrop. Numeroase capitole au fost refăcute.

Dacă ediţiunile succesive ale acestei lucrări şi în special aceasta, au fost ţinute cu minuţiozitate la zi, se datoreşte faptului că prof. Nobecourt se găsea în condiţiuni excepţionale pentru a o face atât prin «Lecţiunile clinice», pe cari le predă de 19 ani la spital, dintre cari unele au fost editate, cât şi prin Tratatul de medicina copiilor, a cărei publicare a fost condusă de dânsul în 1934 cu dr. Babonneix.

Acest volum era cu atât mai util, cu cât autorul îşi dădea seama de dificultăţile clinice. Prof. Nobécourt i-a conservat caracterul practic care i-a fost totdeauna obiectivul. El a scris şi l'a refăcut la fiecare ediţie adresându-se mai ales studenţilor şi medicilor, dornici de a găsi, într'un număr restrâns de pagini, principalele elemente ale medicinei copiilor.

Exposés annuels de biochimie médicale. publiés sous la direction de Michel Polonovski. Professeur de Chimie médicale à la Faculté de Médecine de Paris. *Masson et C-ie èditeurs.* Un volum de 268 pagini. . . . . 75 fr.

Acest volum colecteză primele conferinţe asupra învăţământului complimentar de Chimie medicală la Facultatea de medicină din Paris.

El corespunde unei vederi generale în toată activitatea biochimică.

Dela studiul biocatalizorilor (vitamine, hormoni, diastaze, compuse cancerigene) şi dela technicele moderne de absorbţiune cari sunt la baza cercetărilor lor, la mecanismul reacţiunilor de oxidare şi la noţiunea de potenţial de oxido-reducţiune, de la studiul constituantelor plasmei sanguine (ammoniemie, proteide şi lipidele serului) la metabolismul calciului, a glicogenului, a organismului canceros în general, toate chestiunile tratate interesează pe medic şi fiziolog. Ele au alese în acest scop, desvoltate în faţa lor, redactate pentru ei.

Cuvinte... la serbătorirea D-lui Doctor Vişoianu *)

de **Profesor Dr. S. D. LALU**

Sunt sigur, că cel mai puţin mirat dintre noi toţi — de a fi cerut favoarea să spun şi eu câteva vorbe, la această atât de plăcută ocaziune — eşti D-ta. Iubite Domnule Vişoianu!...

De ce?... Pentru că cunoştinţa noastră datează de atât de multă vreme!... Pentru că ne cunoaştem aşa de bine!... şi pentru că, în această privinţă cel puţin... nu ţi-am spus nici o vorbă, până în prezent.

Era natural deci... să-mi iau curajul să'ncerc să-ţi spun şi eu câteva vorbe, la această frumoasă serbătorire a D-tale de astăzi, care ne încântă pe noi toţi.

*

Iubite Domnule Vişoianu, omul se cunoaşte, se recunoaşte în definitiv, repede.

Numai cât te uiţi la el... îi întinzi mâna... îi spui de abia câteva vorbe şi în marea majoritate a cazurilor, îţi dai seama de o bună parte din sentimentele şi din calităţile sale.

Se citează cazuri, de o adevărată şi de o lungă prietenie, care s'a închegat de la aceste prime şi câteva minute.

Neapărat, în raporturile dintre oameni, simpatia joacă un foarte mare rol; precum şi antipatia — care nu-i zice se, de multe ori — de cât un instinct de apărare...

*

Dar dacă este relativ uşor, să ghiceşti calităţile şi defectele cuiva... Nu-i mai puţin adevărat, că e cu atât mai bine şi mai temeinic în tot cazul, să cunoşti pe un om... nu după cum se prezintă, nu după cele ce-ţi spune, nu după sentimente, ci după cele ce face. Faptele şi nu vorbele primează întotdeauna. Ele ar trebui să fie mai ales, luate în considerare.

Şi'n adevăr, e mare lucru, să vezi pe cineva la treabă!... Să'l judeci după fapta lui, după munca lui cinstită... la locul ei, muncă de multe ori ingrată, prozaică... obscură, istovitoare, dese ori!... însă întotdeauna plină de noblеţă, căci dă fiecărui dintre noi, un sens în existenţa noastră pe acest pământ.

Oamenii trebuie să-şi îndeplinească sarcina, datoria lor... unii faţă de alţii, faţă de ţară şi faţă chiar de lumea întreagă!.

Munca e o datorie sacră... numai ea, defineşte pe om.

Nu putem, nu suntem în stare să o lăudăm îndeajuns, munca aceasta simplă a noastră, regulată, temeinică, constructivă, mai ales când este eminamente altruistă — ceeace e o prerogativă şi caracterizează pe semenii noştri, cei mai de seamă — Nu ajungem niciodată, să o preamărim în deajuns, cum ar trebui!.

S'au făcut himnuri pentru libertate!... Aşteptăm un himn frumos al simplei munci modeste de toate zilele... — cu care să îndeplineşte totul, pe lumea aceasta!... — Dar cel mai frumos himn... este incontestabil tot munca însăşi!... Munca or cui!... Munca ţăranului care ară şi samănă; a lucrătorului din ateliere; a profesorului care-şi face datoria!... a medicului, care să devotează profesiunei lui şi face din ea un apostolat!... şi a tuturor celor care muncesc pentru ajutorul şi binele altora!.

S'a spus cu drept cuvânt, că munca e o rugăciune. Imi închipui, cât de mult ea trebue să placă Celui de Sus!... căci singură ea, ne ajută să trecem prin durerile noastre cele mari... care nu se pot uita.

*

Iubite Domnule Vişoianu, când cineva — cât de modest, fie el — îşi îndeplineşte această sfântă datorie, cu simţul respunderei, cu intenţia să fie cinstit şi drept, cu dorinţa să puie ordine, să uşureze sarcina altora, să facă maximul de bine posibil, fără nici o reclamă, numai din plăcere şi din dragoste... şi cum se spune la noi, aşa de simplu şi aşa de frumos: «cu omenie»...

El ridică instituţia din care face parte, se înalţă pe sine mult în faţa semenilor lui şi face în acelaş timp şi un mare bine ţărei în care trăeşte.

O face mai frumoasă încă!... în ochii tuturora!...

Eu cred că are să se spună odată, că **România a fost ţara cea mai frumoasă** din lume... pentru că a avut, oamenii cei mai muncitori, cei mai de treabă, cei mai omenoşi, cei mai buni şi mai cumpăniţi în toate.

In Istorie.. în amintirea lumei.. are să se pomnească nu de «cazul».. ci de «minunea»!.. de miracolul!!... poporului român.

Poporul nostru blând şi eminamente bun, cu uimitoarea lui pătrundere.. a găsit în inteligenţa sa, acest simplu cuvânt, care reprezintă pentru dânsul, lauda extremă: «Omenie».. Omenia!...

Cine nu are omenie... poate avea or ce pe lume!... în ochiii românului, el nu însamnă mare lucru... şi nici într'un caz, nu reprezintă ceva de seamă. Nu are omenie... nu e om!... deci, nu e nimic!...

Şi ce mare dreptate are!...

Când românul zice: ţiganul, nu-i ca omul... a spus totul!.. Şi vorba lui, de cea mai mare desconsiderare este: «ţigănie, ţigănie curată».. [1]).

*

Iubite Domnule Vişoianu, ani de-a rândul, am avut plăcerea să te văd prezidând modesta noastră Comisiune Chimico-Farmaceutică.

Eu nu prea am obiceiul, să ocup locuri de cinste.. stăteam poate ceva mai îndepărtat de D-ta... Dar ce să-ţi spun? Mă simţeam întotdeauna, aşa de apropiat de sufletul d-tale!..

Observam cu atenţie şi cu o nespusă plăcere, modul cum lucrai d-ta. O cerere de rezolvat la d-ta, nu era o simplă hârtie... Un caz de examinat, nu era un număr sau un nume.. sau o abstracţiune oarecare.. Era întotdeauna o chestiune care trebuia studiată, care merita atenţiune, care emana de sigur, dela o persoană care avea greutăţi, necazuri, cine ştie ce suferinţi!.. care venea de departe şi care credea în mintea şi în sufletul său, că merită, că are, că e just să îi să facă dreptate...

Dar, cine să i-o facă?... cine să i-o dea?.. Cine?.. D-zeu!.. Ministrul!.. sunt prea departe.. Cineva.. însă trebue să fie cineva!.. cineva din minister, bine'nţeles.

Acel cineva... la care ne adresăm, or care din noi când avem nevoe... care în definitiv nu poate fi decât tot un om, ca noi... dar care însă... e pentru mulţi o abstracţiune... căci nu numai că nu se pot atinge de el... dar nici nu-l pot vedea.. — la poartă sunt soldaţi cu baioneta!.. — Totuşi acest om există, trebue să existe şi numai el poate.. aşa credem noi.. în câteva minute, foarte uşor.. să ne facă un bine.. şi poate, tot atât de uşor, dacă nu mai uşor... să ne facă un rău şi mai mare încă!...

Câte nenorociri, nu poate să ne facă un asemenea potentat, care n'are nevoe în ziua de astăzi, să ocupe cine ştie ce demnitate!...

Un simplu funcţionar, de multe ori în mod involuntar, de multe ori din lene sau chiar dintr'o simplă neglijenţă... e în stare să amărească viaţa unui om şi a familiei lui... lăsându-l să se descurce singur — şi mai ales cu avocaţi; care încurcă, cele de mai multe ori — luni şi ani de zile, fără ca să poată ajunge la soluţiunea dreaptă, care ar fi trebuit să o obţie în câteva minute, dacă ar fi avut şansa să dee de un om de treabă şi competent, care să aibă în acelaş timp simţul dreptăţei şi al omeniei.

Căci repet, enorm de mult rău poate face cineva, mai ales un înalt funcţio-

---

*) Soc. R. R. de Istoria Medicinei, din lăudabila iniţiativă a D-lui Dr. *Gomoiu*, a serbătorit în şedinţa sa din 16 Noembrie 1939, pe D-l Dr. *P. Vişoianu*, eminentul fost Director al Serviciului Sanitar, care a împlinit 70 de ani. Un numeros public medical a luat parte la această frumoasă festivitate.

D-nii D-ri *Costinescu*, fost Ministru, *Gomoiu*, *C. Vasiliu*, *Plătăreanu*, *Râsmeriţă*, *Ghisdăvescu*, *Pascaly*, *Apostolescu*, D-l prof. *Gabrea*, etc. au omagiat rând pe rând pe serbătorit.

Avem plăcerea să dăm aci, cuvintele prof. *Lalu*.

1) (Ţiganul când a ajuns împărat, întâi pe tatăl lui, a spânzurat).

nar de stat, când are o mentalitate de mâna a doua şi ajunge fără merite, la un post de conducere.. Aceasta din nenorocire este destul de frecvent peste tot locul... dar mai periculos poate la noi ca aiurea, unde nu există aproape de loc simţul răspunderei... Căci la noi nu te pedepseşte nimeni, or cât râu ar fi făcut în contra binelui public şi al particularilor!

Din moment ce era în atribuţiunele d-tale să faci tot ceea ce-ţi trăzneşte prin cap şi ai procedat în consecinţă... dacă ai toate hârtiele în cea mai perfectă regulă — cum se întâmplă de obiceiu, în asemenea cazuri — şi ai păzit cu scrupulozitate formele legale... poţi să n'ai nici o grijă.

Aceasta cu siguranţă... nu e bine nici într'un caz şi de multe ori, poate fi un foarte mare rău...

Vă închipuiţi — poate.. că a-ţi fi şi constatat, din păcate!.. — ce să poate întâmpla, dacă un asemenea om... (sau mai bine zis, ne-om..) lăsat de capul lui... ştiind că nu poate fi tras la răspundere... nu e nici bine echilibrat şi nu are nici inimă?...

*

Noroc că mai sunt, că au fost şi că vor mai fi de sigur şi oameni buni... adevăraţi oameni..

Şi ce deosebire atunci!..

Numai când te gândeşti la ei şi parcă respiri mai uşor!...

Şi dă-mi voe să-ţi spun acum, Iubite Domnule Vişoianu, că această abstracţiune dela Ministerul Sănătăţii, acest anonim.. de foarte multe ori şi din fericire, erai d-ta. D-ta!.

Nu ministrul... care în cel mai bun caz — vorbesc de cazuri particulare... de bucătăria, aceasta zilnică mai ales— nu poate fi decât informat, documentat, călăuzit... ferit, să nu să abată de la legi şi regulamente... sfătuit de ei de prin prejurul său... şi în speţă, căci mă refer la multe cazuri care le cunosc... (modestia d-tale să mă ierte) ajutat de sfatul D-tale!.. Căci D-ta erai sfătuitorul, D-ta erai totul la Ministerul Sănătăţei, având particularitatea aceasta aşa de rară.. încât era inexplicabilă până la oare care punct... de a căuta, anonim fiind.. să faci cât puteai binele şi cât mai puţin rău!... (căci omul e slab... şi greşeşte şi face şi răul.. Cel mai bun dintre noi, poate să facă de 7 ori 7 răutăţi pe zi şi mai mult! de 70 de ori7!... spune la carte...) dar nici într'un caz... poţi să mă iai şi pe mine de martor... D-ta n'ai săvârşit... o nedreptate vroită!..

Şi mai aveai în plus şi însărcinarea... pe care poate că, în bună parte ţi-o luaseşi singur... (căci de ea, se poate uşor dispensa... câte odată chiar îl incomodează!.) să spui ministrului adevărul..

Ceeace e evident, cel puţin o raritate... poate o inferioritate... şi fără îndoială cele mai deseori, o dificultate din cele mai mari.

*

Dar... ce va să zică omul bun! . îşi face el singur necazuri!...

Cu toate acestea... noroc totuşi! Mare noroc! cum spuneam... că mai există fiinţe de acestea alese, cari fac lumină şi bucurie în viaţa noastră!...

Insă în ceeace priveşte bunătatea, însăşi bunătatea!... — chestiunea trebuieşte văzută ceva mai de aproape — Aşa cum este în realitate şi nu cum dorim noi să fie... căci ea nu este mai niciodată aşa şi ar fi o eroare profundă să ne închipuim realităţi, visele sau dorinţele noastre!. căci am risca atunci, să avem cele mai amare deziluziuni!.

Or cum fie!... omul bun există... neapărat există!..

Nu-i cel mai uşor lucru din lume, în aparenţă, să fii bun?... să fii chiar foarte bun?... Da... dacă n'ar fi din păcate, controlul realităţei şi conştiinţa răspunderei, care ne fac să ne dăm seama repede că deseori... o bunătate ne-măsurată faţă de unul, poate face un foarte mare rău altuia.. sau multora!..

Incât, nu este tocmai aşa de uşor să fim în adevăr buni... trebue să fim şi drepţi în acelaş timp şi să mai avem încă şi alte calităţi, care nu sunt uşoare de dobândit cum s'ar părea, căci ele fac mai mult parte din firea noastră şi nu să pot învăţa sau imita cu uşurinţă dela alţii.

Dar d-ta ştii, Iubite Domnule Vişoianu, mai bine ca or cine toate aceastea!... Căci asemenea calităţi, sunt naturale la D-ta... calităţi de cunoaştere, de pătrundere, de bun simţ... de om de comandă... care au împodobit atât de frumos activitatea D-tale... constituind toate la un loc, personalitatea D-tale atât de deosebită şi de aleasă.

*

Şi cu toate acestea... nu odată!... te-am văzut la răspântii!... dându-ţi multă osteneală să lămureşti o chestiune în aparenţă simplă; informându-te până în cele mai mici detalii, consultându-te cu noi, întrebându-ne mereu, ce să facem pentru ca să nu greşim?... în plus sau în minus... să nu fim cumva, prea severi sau prea indulgenţi?...

Alte dăţi te-am văzut în situaţiuni şi mai grele încă!... Trebuia să faci pe severul... să fii chiar!.. să aplici pedepse!.. Ceeace desigur că nu făceai cu plăcere...

Te gândeai neapărat, că legea... că legea însăşi, a fost făcută de o minte de om... (deseori, de un om de inimă...)

...A o aplica însă unui biet om, care a păcătuit, Dumnezeu ştie cum?... în toată abstracţiunea şi severitatea ei. Implică reflexii.. Căci tot un om o aplică... şi omul acesta... trebue să fie om!...

Dar... înainte de toate, legea e lege!...

Incât... erai turburat... Te uitai la noi, cu oare care jenă... ridicai ochii deasupra ochelarilor şi cu o vădită durere... dădeai pedeapsa meritată... Pentru că aşa era cazul... Pentru ca, pedeapsa aceasta să servească de exemplu... Pentru ca, culpabilul să nu mai facă o asemenea greşală... ne-uitând însă, să-i dai şi lui... cât puteai mai mult posibilitatea, de a se îndrepta şi de a reveni la bine.

*

Iubite Domnule Vişoianu, ai fost un şef bun în toate privinţele. Căci datoria principală a unui şef — întocmai ca acea a unui profesor — este de a găsi, de a descoperi... pe cei capabili şi buni... de a-i ajuta, de a-i încuraja, de a le arăta mulţumirea... toată simpatia şi dragostea... Incât, în loc să se sperie... să se ascundă... sau să-i lase să fugă!...

El să-i adune pe toţi, ca pe copii săi... să-i apere la nevoe... să-i ridice... şi să-i facă să muncească cu toată conştiinţa lor, cu toată râvna şi cu toată plăcerea!... Acesta e meritul cel mai mare a unui şef adevărat!... Să facă pe subalternii săi să se gândească la or ce moment la dânsul, căutând să-l mulţumească şi să încerce să-i facă întotdeauna plăcere.

De aceea, Iubite Domnule Vişoianu, când n'ai mai fost la Directia Serviciului Sanitar... eu, ţi-am dus dorul... căci te consideram de mult, un model greu de urmat... şi permite-mi să-ţi spun, că te consider şi acum... ca un rar exemplu, de om al datoriei!...

*

Incă o latură caracteristică a activităţei D-tale la Ministerul Sănătăţei, aş spune mai bine, al ingeniozităţei spiritului D-tale bun şi corect... a fost că D-ta căutai... chiar atunci când politica era în toiul ei!... să'ncerci să faci cât mai mult bine cu ajutorul ei... şi cât mai puţin rău din cauza politicei... Şi nu era uşor desigur, după cum prea bine ştii.

Dar întocmai cum face medicul bun.. dozele mici fiind aproape inutile; cele mari, toxice... el nu întrebuinţează de cât dozele potrivite, pentru fiecare caz în parte... ştiind că numai ele, întrebuinţate în anumite condiţiuni şi la timpul oportun, au o acţiune terapeutică şi pot prin urmare fi utilizate cu folos.

D-ta ştiai să dozezi toate... (asta-i o mare calitate!...) căci erai un medic foarte bun; cum nu mă îndoiesc, că eşti şi acum.

Or ce măsură luată de D-ta avea caracterul acesta de utilitate, de ameliorare, de încurajare, de progres...

Luai toate precauţiunele posibile şi întrebuintai întotdeauna toată iscusi-

Meno și Metroragii

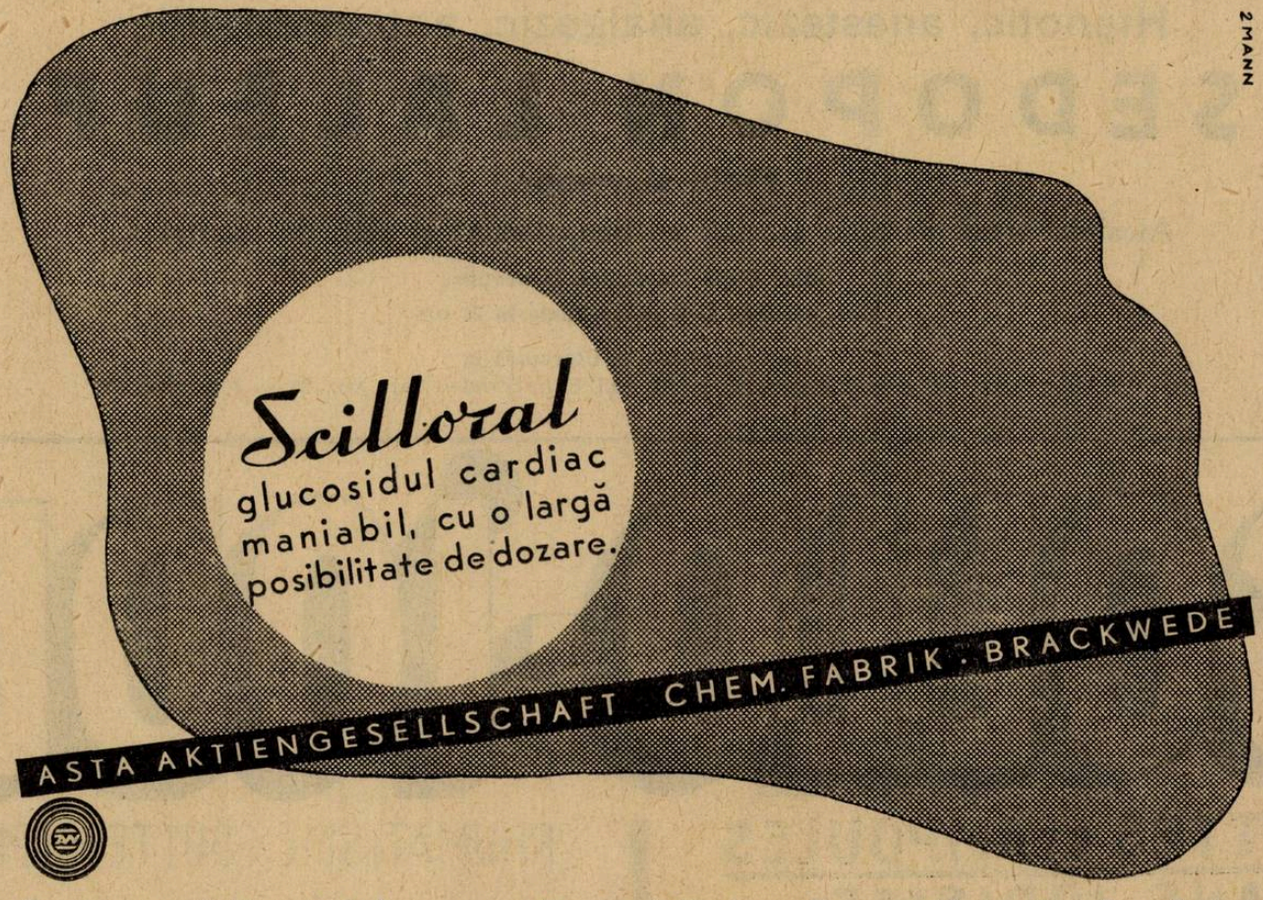
Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

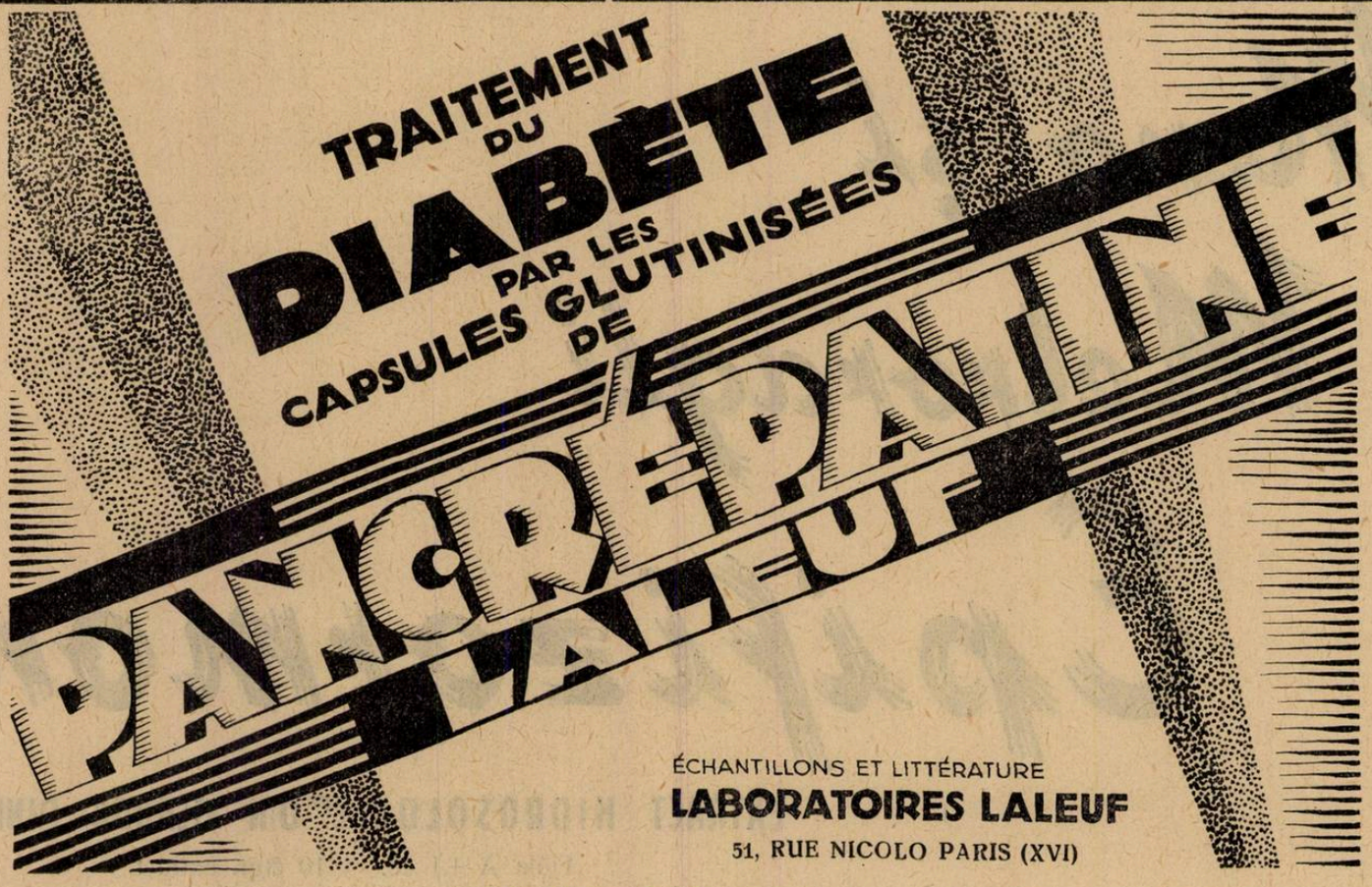
Fiole A 1.1 cc. = 10 ctgr. extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULARE

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.



Eșantioane și literatură la cerere. Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sft. Ionică No. 8.



Mostre medicale la cerere

Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23, Bucureşti IV.

Telefon 239/46

Hipnotic, anestezic, analgezic, antispasmodic

SEDOPON LALEUF

Fiole şi compr.

Alcaloizi totali de opiu asociaţi cu Scopolamină şi sulf. de Sparteină.

Fiole: După indicaţiuni la nevoie.

Comprimate: 1—4 comprimate în 24 ore.

Mostre medicale şi literatură la

Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23 — Bucureşti IV

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES

SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

mea inteligenţei D-tale, pentru a da pe cât se putea o rezoluţie şi mai dreaptă şi mai bună... căutând în acelaş timp a face cât mai multă plăcere... pe care o împărtăşeai cel dintâi D-ta...

Aceasta constituia incontestabil o parte din farmecul activităţii D-tale administrative.

Cunosc cazuri tipice, când în adevăr, toată ingeniozitatea spiritului D-tale... era pusă la cea mai grea încercare.

Şeful d-tale direct (pot să spun aceasta aci, fără nici un înconjur, căci ne găsim numai între noi şi asistăm la o petrecere din cele mai frumoase şi mai intime.. încât putem vorbi deschis, şi din toată inima...) Ministrul!... prin cineva al său... îţi cerea câteodată... dar numai câteodată!... ceeace nu puteai să faci... şi nu făceai!...

Şi iată cum procedai... căci nu era lucru uşor... — cum am zis. Trebuia o adevărată artă... (Insă vă rog pe toţi.., să fiţi discreţi... pentru ca să nu se divulge procedeul... căci şi-ar pierde efectul... şi cine ştie ce s'ar mai putea întâmpla încă!...)

..Iată cum procedai: Bine'nţeles, la început tăceai... Mai întâi însă, te înroşeai... plecai capul la hârtii.. le răsfoiai...

Te făceai că nu ştii, că nu pricepi.. Apoi te uitai înspre fereastră. Căutai să schimbi puţin vorba... In tot cazul, nu răspundeai decât în mod evaziv... parcă n'ai fi auzit bine, parcă ai fi fost chiar puţin surd... la nevoe te prefăceai... (nu pot, să nu mărturisesc... că aveai chiar oare care talent de a părea puţin naiv... ceeace bine'nţeles, era foarte departe de realitate... Dă-mi voe să-ţi spun, că finetea D-tale n'o întrecea nimeni) te prefăceai că n'ai înţeles bine chestiunea... Spuneai că ai nevoie s'o examinezi mai de aproape... fiind convins că ea nu este tocmai aşa în realitate, că persoana ministrului n'a fost bine informată... (Cer mărturia D-voastră... Vă întreb?.. dacă există cazul, când un ministru a fost vreodată bine informat?..) şi că pentru toate aceste motive... trebueşte puţin timp... sau implicit: puţină răbdare...

Obţineai astfel o amânare de o zi.., de două... chiar de trei şi dacă aveai nevoie.. şi de mai mult!...

In cele din urmă, profitai când ministrul era mai bine dispus... şi-i spuneai pe faţă... că a fost indus în eroare... că el singur n'ar putea face... ceea ce i cer politicianii fără răspundere şi fără conştiinţă... că legea să opune... (ultim argument... dar din păcate nu cel mai bun!. bine înţeles, ca efect...) şi că ar fi în tot cazul, o mare nedreptate!...

Ministrul... în cele din urmă, înţelegea.. (ceea ce era în definitiv... mai mult decât cereai!...) şi... nu mai stăruia... în a da curs cererei... oprită de'nainte de d-ta... Căci în definitiv era şi e şi el om.. — cu toate că i se spune mai mult, că e «om de resort»..— însă n'ar fi rău, să fie, înainte de toate om.. sadea!.

In definitiv... chestiunea se rezolva aşa cum vroiai D-ta... adică cum era drept... Dar ce să-ţi spun!... o altă persoană... risca să îi să ceară în acelaş timp şi demisia... mai ales dacă era un alt ministru... mai puţin om...

Iar când obţineai succese de felul acesta... D-ta... nu numai că surâdeai în musteţi şi din ochi, de bucurie... dar încă râdeai cu toată pofta... şi aceasta ne încânta pe noi toţi.

Nu-i aşa, că posedai toate calităţile unui bun şef?...

*

Dă-mi voe să relev încă una din aceste calităţi, din cele mai principale, pe care o notez cu o deosebită plăcere şi doresc să o pun în evidenţă, fiind una din cele rare... şi care trebueşte să fie apreciată cât mai mult.

Erai întotdeauna bine dispus.. Iubite Domnule Vişoianu.

Aveai întotdeauna plăcere să vii la serviciu şi fapt esenţial aveai întotdeauna o humoare egală, constantă şi întotdeauna bună. Nu te-a văzut nimeni venind la minister, supărat sau fie chiar numai puţin bine dispus.

Şi ca probă că dispoziţia D-tale era întotdeauna bună (ceea ce e extrem de plăcut pentru subalterni, şi de altfel, pentru toată lumea...) este că nimeni din cei care doreau să fie primiţi de D-ta, nu se informau în prealabil, la secretarul D-tale sau la personalul care trecuse pe la D-ta, dacă erai bine dispus?... sau nu?.. Nu se informa nimeni de starea în care te găseşti?...

Cu toţii ştiau de'nainte că eşti întotdeauna cu aceaşi bună dispoziţie... că doreşti să ne vezi ca 'ntotdeauna, în interes de serviciu şi că vei avea o mare plăcere să faci o faptă dreaptă şi bună... fără a te jena bine'nţeles, să amâni rezolvirea unei chestiuni incomplect documentată şi să refuzi chiar... dar întotdeauna, cu cea mai mare politeţă... (Ceea ce e încă o foarte remarcabilă calitate de şef..) dacă întrezăreai ceva îndoielnic din punct de vedere a formelor şi mai ales a dreptăţei...

De altfel trebue să-ţi spun, că nimeni nu venea la D-ta să-ţi ceară ceva nedrept... nu numai pentru că ştia de'nainte că-l vei refuza... dar mai ales de teamă să nu te supere; nimeni nevroind să te indispună măcar.

Gândul acesta era suficent pentru a opri or ce tentativă, care nu prezenta certitudinea unei acţiuni drepte.

Plăcerea noastră era să-ţi putem procura mulţumiri, întocmai cum D-ta doreai să ne faci nouă plăcere. Noi eram mulţumiţi, dacă ne era posibil, dacă aveam ocaziunea, să-ţi procurăm o cât de mică satisfacţie.

Faptul acesta în sine şi conştiinţa proprie... sunt cele mai mari recompense, care le poate dori şi avea un şef...

*

Iată de ce... Iubite Domnule Vişoianu, nu te-am uitat şi de ce ţi-am dus dorul, cum spuneam... pe care ţi'l mai duc şi acum şi de ce cu o foarte mare plăcere... — pe care o consider ca o adevărată favoare — iau parte din toată inima la această aşa de frumoasă sărbătorire a D-tale, dorind să-ţi exprim şi eu astăzi, pe lângă toţi ceilalţi, mulţumirea mea din suflet... şi să te rog să crezi în marea afecţiune care o am pentru D-ta de atâta vreme şi pe care ţi-o păstrez şi ţi-o voi păstra, întotdeauna intactă.

*

Ingădui-mi acum, Iubite Domnule Vişoianu, încă câteva vorbe: Ai cunoscut la Câmpu-Lung pe fratele meu Gheorghe. Sunt mulţi ani de atunci El era tânăr magistrat şi D-ta tot tânăr... dar medic. Tinereţele se înţeleg mai bine între ele, ca bătrâneţele. Aţi fost prieteni.

Dânsul când a aflat, că eşti Directorul Serviciului Sanitar, m'a însărcinat să te felicit şi să-ţi spun multe lucruri bune din partea lui; bine'nţeles D-ta, avuseşi precauţiunea să-mi vorbeşti înainte de dânsul, în termeni amabili şi să-mi spui multe lucruri plăcute de el şi pentru el.

Toate acestea nu sunt vorbe, iubite domnule Vişoianu, sunt fapte!...

Căci iată!.. iată'l!... a ţinut şi el să asiste la această bucurie a D-tale şi a noastră a tuturor, pentru ca să-ţi strângă mâna; încredinţându-te de sentimentele ce ţi le păstrează şi dânsul!.. Şi împreună cu noi toţi să-ţi ureze: Sănătate şi încă mulţi ani buni, pentru a continua viaţa D-tale utilă, pentru binele celor mulţi.

*

Iubite Domnule Vişoianu... modestia D-tale să nu sufere... să nu se ofenseze... toate sentimentele ce avem marea plăcere să ţi le exprimăm astăzi, cu toţii.. te rugăm să le consideri, ca rezultate datorite numai şi numai muncei D-tale utile şi frumoase, demnă de a servi tuturor de model.

Fii convins de marea noastră dragoste, pentru toate prea frumoasele D-tale calităţi... pentru exemplul care l'ai dat la toţi!.. şi la mari şi la mici!.. şi la acei în vârstă şi la acei tineri. — la aceştia din urmă, cu mai multă indulgenţă încă — cum face or ce om de bine.. pe lumea asta, care şi-a făcut datoria.. toată datoria!... cum ţi-ai făcut-o D-ta.

Să trăieşti, Iubite Domnule Vişoianu şi să ai încă mult timp bucuria aceasta mare, pe care o avem cu toţii în momentul de faţă; promiţându-ţi, că-i vom păstra, neştearsă amintirea.

Să trăieşti!...

Moartea Profesorului Al. Slătineanu

In noaptea de 26 Noembrie 1939 s'a stins din viaţă la Iaşi, Profesorul Dr. Al. Slătineanu, unul din reprezentanţii cei mai străluciţi ai vechei generaţii, care a pus bazele Medicinei ştiinţifice în ţara noastră.

Născut la 5 Ianuarie 1873, a început studiile medicale la Facultatea din Bucureşti, continuându-le apoi la Paris, unde a lucrat la Institutul Pasteur, Metropola Microbiologiei universale.

Revenind în ţară, a fost unul din cei mai apropiaţi colaboratori ai Profesorului Cantacuzino, de care-l lega o afectuoasă şi devotată prietenie. In calitate de şef de lucrări la Catedra de Medicină experimentală, a desfăşurat o activitate ştiinţifică remarcabilă. De atunci datează lucrările sale asupra Tifosului exantematic, de o mare originalitate ştiinţifică.

In 1912 a trecut la Facultatea de Medicină din Iaşi, fiind numit Profesor de Bacteriologie, catedră pe care a ocupat-o, cu deosebită strălucire până în Octombrie 1938, când a ieşit la pensie.

Privind retrospectiv viaţa acestui om, dotat cu o inteligenţă superioară în serviciul căreia punea o vastă cultură, resimţim acum, când a dispărut, emoţia puternică pe care ne-o dă contemplarea marilor opere de artă sau peisagiile grandioase ale naturei.

Intr'adevăr, Profesorul Slătineanu a fost o personalitate puternică şi originală, în care se îmbina, într'un mod armonios, însuşiri şi fapte, cari de obicei, nu merg împreună. Astfel credem că se poate explica farmecul deosebit ce avea şi simpatia ce răspândea în jurul său.

Cercetător pasionat în domeniul ştiinţei, mare amator şi aprofundat cunoscător în artă, neobosit cititor de literatură, Profesorul Slătineanu, a avut întotdeauna un deosebit interes pentru problemele sociale, pe cari le cunoştea atât sub aspectul lor ideologic universal, cât şi sub acela al tristelor realităţi româneşti.

Dacă Profesorul Slătineanu, ar fi abordat unul din aceste domenii, ar fi ajuns desigur la rezultate nebănuite.

D-sa le-a abordat pe toate, preferind această poli-valenţă, care îi era temperamentală.

Din această caracterizare, pe care o socotim exactă, cititorul tânăr, care nu a avut prilejul să cunoască nici opera, nici omul, nu trebue să conchidă că realizările Profesorului Slătineanu au fost lipsite de amploare şi nici de profunzime. Din potrivă. Când citeşti o lucrare a sa; când aveai ocaziunea unei discuţiuni, care se transforma aproape întotdeauna într'o expunere clară, precisă, spirituală pe care el o făcea şi tu o ascultai; când citeai unul din articolele sale de sociologie sau de medicină socială,—întotdeauna erai profund impresionat atât de ideile sale luminoase cât şi de forma impecabilă în care erau expuse.

Sunt oameni cari au devenit celebri pentru că au abordat o singură problemă, de care s'au preocupat în tot cursul existenţei lor. De multe ori importanţa problemei a aruncat oarecare lumină asupra celor ce au studiat-o, chiar dacă fiecare în parte, nu a adus o contribuţie prea importantă.

Personalitatea multilaterală a Profesorului Slătineanu l'a împiedecat să joace în viaţă un astfel de rol.

Din potrivă. Minte fosforescentă, s'a

cheltuit în toate domeniile intelectualităţei, găsind deseori un punct de vedere nou şi întotdeauna spiritual.

In administraţia sanitară a ţării, Profesorul Slătineanu a jucat un rol important, aducând şi acolo, un punct de vedere personal.

Intr'o organizaţie sanitară în care lipseau, în multe direcţiuni, mijloacele technice-materiale, Profesorul Slătineanu ţinea să distribue ceeace Statul avea, în raport cu posibilităţile de utilizare imediată din partea medicilor, cari conduceau diferite instituţii sanitare.

Desigur că idealul este ca toţi medicii să aibă şi pregătirea technică, şi instalaţiunile pe cari ştiinţa modernă ni le pune la îndemână. Până la realizarea integrală şi bilaterală a acestui deziderat, organizarea noastră sanitară a trecut prin faza Slătineanu, în cursul căreia foarte multe servicii publice au realizat progrese însemnate.

Ceeace ne-a atras pe noi, oameni din altă generaţie, la profesorul Slătineanu, pe lângă însuşirile sale excepţionale, pe lângă mintea sa luminată, pe lângă originalitatea spiritului său, a fost generozitatea sa ideologică. Desigur că aceasta se datora temperamentului său care găsise în ambianţa socialistă dela sfârşitul secolului trecut, un mediu favorabil de desvoltare.

In special starea de sărăcie materială şi de primitivism intelectual, în care se află populaţia noastră rurală, a fost o chestiune care l'a impresionat pe Profesorul Slătineanu din tinereţea sa şi de care s'a ocupat continuu.

Din nefericire, problemele sociale nu se pot rezolva uşor şi suntem convinşi că Profesorul Slătineanu, împreună cu toţi oamenii de valoare din generaţia sa, au avut durerea să constate că problema ţărănească pentru care au militat, a rămas încă nesoluţionată.

Această idee a fost expusă şi larg documentată de Profesorul Slătineanu într'un articol apărut în Octombrie 1938, în revista «Insemnări ieşene». Problema este atacată cu sinceritatea omului de caracter, cu competenţa specialistului şi cu vigoarea omului de curaj.

In acest articol, intitulat «Starea reală a ţăranului român». Profesorul Slătineanu ne arată, cu durere, toată drama populaţiei noastre rurale: lipsit de avere, lipsit de cultură, în imposibilitate de-aşi valorifica producţia, într'o stare continuă de subnutriţie, ţăranul român duce o viaţă precară.

In studiul Profesorului Slătineanu, noi vedem mai mult decât o luminoasă expunere doctrinară pentru a explica starea sanitară actuală din mediul rural şi pentru a arăta cât de mult depinde sănătatea individuală şi colectivă de starea economică şi culturală a maselor.

Pe lângă toate acestea, Profesorul Slătineanu a ţinut să arate generaţiilor noui, că marea problemă socială pentru care generaţia sa a luptat, a rămas nerezolvată.

Este un bilanţ onest şi sincer al unui luptător idealist, dar este, în acelaş timp, un îndemn pentru generaţiile noui, de a continua lupta pe care înaintaşii au început-o, cu atâta generozitate.

Dacă, în domeniul social, idealurile pentru care a luptat, rămân în sarcina vitorului şi a colectivităţei, Profesorul Slătineanu a adus prin opera să întreagă, o contribuţie însemnată la progresul medicinei româneşti, în ultimii 40 de ani.

Desigur că într'o pagină de revistă nu se poate prinde decât sumar şi fragmentar unele aspecte din viaţa bogată în fapte şi în idei a unui om ca Profesorul Slătineanu.

N'am urmărit însă acest scop, imposibil de realizat. Am vrut numai să aducem un omagiu postum unui om de mare talent, de bogate resurse intelectuale, de largă generozitate, de însemnate realizări, de aspră critică şi de înaltă valoare spirituală.

Prof. Dr. P. TOMESCU

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă la copii şi adulţi, nu este decât:

„LACTOFERMENTUL Dr. ROBIN"

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

Indicat în:

Enterite acute şi cronice la copii şi adulţi, diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, gută, urticaria, etc.

Poslogie: Copii mici până la 3 ani: una linguriţă la o oră
Copii dela 3 ani în sus: câte 2 linguriţe înaintea meselor.
Adulţi: Câte 3—4 linguri mari înaintea meselor.

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Reumatism muscular
Lumbago
Reumatose
Inflamaţia ţesutului conjuctiv
Maladii ale articulaţiilor
Dureri pectorale

La întrebuinţarea căldurii de lungă durată, ANTIPHLOGISTINE s'a comportat cea mai bine. Compresa de ANTIPHLOGISTINE menţine o căldură umedă uniformă, timp de mai multe ore, fără să atace ţesuturile.

Ca urmare a capacităţii sale de a înlătura echimozele, ANTIPHLOGISTINE contribue mult la activarea circulaţiei, la calmarea durerii şi la rezorbţia produselor de inflamaţie.

ANTIPHLOGISTINE

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YOK. U. S. A.

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, Bucureşti I.

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES **Ci-devant SANDOZ**

Bâle SANDOZ **S. A. (Suisse)**

In tusea afecţiunilor, laringiene, pulmonare şi bronchice, dureri de deglutiţie din anghine acute, procese ulcerative ale faringelui şi laringelui, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii superioare

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Aethylamidobenzoic 0,03, Fenacetină 0,08, Thimol, menthol, ol. Eucalipt àà 0,015, sachar. alb ad 1 gr. —

Adulţi 6—8 pastile pe zi, copii mai puţin după vârstă. Pastila se suge încet, până la terminare. Tub orig. a 25 pastile

Tuse rebele-cronice-Tabagism.

Sirop EUPECTIN

Ca. sulfogaiacolat, efedrină, codeină, Na. phenilaethylbarbituric Na. benzoic, etc.

Adulţi: 3 — 4 linguri, copii 3—4 linguriţe pe zi. Flacon orig. 200 gr.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Glicerofosfat de Ca. Extr. Kola, strichnin, vin malaga.

Adulţi 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi. Flc. orig. 400 gr.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăţi, etc.

NOU

CEREBROL

Calcium. Brom. Analgesină. Valeriană desodorată, Na. phenilaethylbarbituric. 1/2 gr. brom pe linguriţă.

Doza: 3 linguriţe pe zi sau după caz, în puţină apă sacharată.

gust agreabil.

In hypertensiune arterială

Tablete HIPOTONIN

Prof. Dr. H. Goldschmidt — Charlottenburg

Amine ale acidului izovalerianic.

De 2—3 ori pe zi câte o tabletă, după 10 zile, pauză trei zile.

Tuburi originale cu 10 sau 20 pastile a 0,3 grame.

GUŞE şi BASEDOV

FLUROÏDAL

Fluor colloidal.

Injecţiuni subcutane

rezultate terapeutice remarcabile în basedovism.

Cutii orig. cu 6 fiole a 3 cc.

1 Fiolă la 2—3 zile.

Laxativ şi Purgativ

— Substanţe pur vegetale —

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.

Nu produc obişnuinţă.

Doza laxativă: 1 pastilă seara.

Doza p. cură: 1—3 pastile pe zi.

Cutii orig. a 80 drageuri.

Repr. I. Zelţer — Bucureşti Str. Protetului 9. Preparatele se găsesc de vânzare la casele En-gros de medicamente.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noua conducere a Ministerului Sănătăţei

Prin constituirea guvernului prezidat de d. **Gh. Tătărăscu**, *consilier regal, Ministerul Sănătăţii are o nouă conducere;*

D. Profesor **Dr. N. Hortolomei** *a fost numit Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale;*

D. **Dr. P. Topa** *a fost numit, subsecretar de Stat la acelaş departament.*

Pentru prima oară, dela întemeierea lui, Ministerul Sănătăţii va fi condus de doi cliniciani de o mare reputaţie ştiinţifică şi profesională.

Urăm d-lui Profesor Hortolomei să înfăptuiască în domeniul Sănătăţii publice, o operă tot atât de temeinică şi de eficace ca aceea, pe care d-sa a realizat-o la catedra pe care o ilustrează şi în clinica de chirurgie căreia îi aduce aportul său personal atât de însemnat, de talent şi de prestigiu.

Dorim d-rului Topa, mare chirurg şi foarte bun coleg, să realizeze în Serviciul Sanitar românesc o uniune cordială a tuturor celor cari muncesc şi luptă pentru sănătatea publică în ţara noastră, pentru ca activitatea lor să fie din ce în ce mai rodnică.

Cuvântarea-Program a d-lui Ministru Prof. Hortolomei

Cu prilejul instalărei sale la Ministerul Sănătăţei, d. Prof. Dr. N. Hortolomei, a ţinut următoarea cuvântare-program:

Domnule Ministru,
Domnilor Profesori,
Domnilor,

Chemat în acest înalt post prin încrederea Majestăţii Sale Regelui, îmi dau seamă de importanţa însărcinărilor şi răspunderilor pe cari mi le asum.

N'aş putea să-I arăt în mai bine toată gratitudinea mea şi tot devotamentul meu, decât prin îndrumarea acestui departament în rostul vremii şi înţelegerea cerinţelor sanitare de astăzi ale ţării.

Domnule ministru,

Domnia-Voastră, printr'o activitate neîntreruptă şi studiind realităţile pe teren, aţi luat o serie de măsuri, dintre cele mai folositoare şi lăudabile pentru sănătatea publică. Aţi depus mari eforturi în domeniul igienei satelor; v'aţi pus toate problemele cari interesează această chestiune şi aţi realizat mult faţă de mijloacele materiale şi de timp. Voi continua să lucrez în acest domeniu, precum mă voi strădui să realizeze o nouă etapă pe drumul bun al predecesorilor.

Domnilor,

Sănătatea publică este în sine un aspect al apărării naţionale, căci ea asigură potenţialul de luptă şi rezistenţă al unei naţiuni. De aceea mai ales azi, socotesc că este o datorie pentru mine să atrag atenţiunea asupra importantelor probleme sanitare ce ni se pun şi cari necesită a fi soluţionate cât mai urgent.

In special sunt acelea cari rezultă din aglomerările de trupe în unele regiuni ale ţării. Va trebui deci, ca pe lângă problemele de activitate cunoscute, cari au format preocupările predecesorilor mei şi pe cari voi căuta să le complectez şi să le amendez, dacă va fi nevoe, să ne ocupăm în primul rând de măsurile sanitare necesitate de împrejurările excepţionale prin cari trecem.

Pentru aceasta avem nevoie de larga înţelegere a guvernului şi nu mă îndoesc că vom fi ajutaţi. Dar în acelaşi timp, pentu buna aplicare pe teren a măsurilor ce vom chibzui, avem nevoie de muncă intensivă şi conştiincioasă a întregului corp medical şi a tuturor funcţionarilor acestui departament.

In orice loc de conducere, într'un colţ de ţară sau un centru mai mare, medicii trebue să activeze cu hotărîre şi perseverenţă, să-şi iubească profesiunea până într'atât, încât să-şi facă din ea chemarea vieţii lor şi dacă este nevoie să se sacrifice pentru dânsa. Ei trebue să ducă în acelaş timp civilizaţia în masse, iar, în mijlocul acelora cari trăesc prin cinstea evidentă în fiecare din actele lor, prin loialitatea şi îndeplinirea conştiincioasă a îndatoririlor, să reprezinte o forţă morală care să servească de exemplu.

Domnilor,

In aceste momente când o criză de conştiinţă şi înţelegere între neamuri pluteşte deasupra lumii, când din nou se adevereşte acest paradox dintre cele mai crude, că descoperirile ştiinţifice sunt folosite împotriva omului, când din nou asistăm la această încleştare între popoare pentru a se distruge, simţul obligaţiilor şi al răspunderilor trebue să se găsească la toţi în aşa măsură, încât sentimentul datoriei până la jertfă să facă parte integrantă din fiinţa noastră.

Corpul medical să fie acel corp de elită de totdeauna cu care naţiunile se mândresc şi cu care ne mândrim şi noi. In mine el va găsi toată înţelegerea şi tot sprijinul posibil, dar şi hotărîrea fermă de a nu admite nici o slăbiciune sau abatere dela executarea obligaţiunilor.

Cu toţi să fim pătrunşi de imperativul momentului de faţă:

Credinţă şi muncă pentru binele şi viitorul ţării.

Credinţă şi muncă cinstită pentru sporirea puterilor şi virtuţilor neamului.

Credinţă şi devotament Majestăţii Sale Regelui.

Trăiască Regele!

Directivele generale şi preocupările sanitare ale noului guvern

Din programul de lucru al noului guvern, expus la Radio, de d. primministru Tătărăscu, în seara de 28 Octombrie, extragemn următoarele pasagii:

Directive generale

«Din aceste hotărâri se desprind primele directive generale ale guvernării care începe: crearea unui climat de destindere, de pacificare şi de adâncire a solidarităţii naţionale, organizarea ţării în vederea crizei economice, desăvârşirea organizării forţelor de apărare cu ajutorarea celor ce-şi îndeplinesc datoria sub drapel, cruţarea banului public.

Aceste directive generale vor rămâne permanente în tot timpul guvernării noastre.

La aceste hotărîri se adaogă un corolar: libertatea criticei obiective şi a controlului onest al opiniei publice.

Am dat azi instrucţiuni noui serviciului de cenzură pentru a lăsa libere criticile obiective ale hotărârilor guvernului, şi plângerile, ori de unde ar veni. Suntem convinşi că într'un regim fără de controlul opiniei publice înfloresc excesul şi abuzul şi de aceia, considerăm critica cinstită şi discuţiile neinteresate o utilă forţă de colaborare a guvernului.

Nu vom împiedeca nici criticile şi nici doleanţele, căci nu vom avea nimic de ascuns ţării şi, de va fi să greşim, vom mărturisi cinstit greşala noastră.

In acest spirit vom guverna şi vom administra».

Preocupări sanitare

«Complectarea organizării sanitare a ţării; extinderea asistenţei medicale, desvoltarea medicinei preventive mai ales la sate, protecţiunea copilului şi a femeei muncitoare, măsuri de prevedere sanitară cerută de împrejurările excepţionale prin cari trecem. Consacrarea dreptului de asistenţă şi asistenţa obligatorie. Ocrotirea familiilor numeroase».

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar radiolog la spitalul din Piatra Neamţ.

Medic primar oculist la ambulatorul policlinic din Târgu Mureş;

Medic al circ. Scheiu jud. Argeş; Corbu jud. Constanţa; Piua Petri jud. Ialomiţa; Cocioc jud. Ilfov; Belceşti jud. Iaşi; Semlacul Mare jud. Timiş;

D-nii medici cari întrunesc condiţiile legale şi doresc a ocupa aceste posturi vor face cereri Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, în termen de 30 zile dela înserarea prezentei publicaţii în Monitorul Oficial, adică până la 3 Decembrie.

Noul consiliu superior al sănătăţii

Au fost numiţi pe termen de 4 ani, următorii membri în consiliul superior al sănătăţii, în conformitate cu dispoziţiunile art. 18 din decretul-lege, pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi ocrotirilor Sociale, publicat în Monitorul Oficial No. 269 din 20 Noembrie 1939:

D. profesor dr. *Ciucă*, profesor de microbiologie.

D. profesor dr. *D. Manolescu*, specialist oftalmolog.

D. prof. dr. *St. Nicolau*, venerelog.

D. prof. dr. *N. Hortolomei*, chirurg.

D. prof. dr. *I. Iacobovici*, chirurg.

D. prof. dr. *C. Daniel*, ginecolog.

D. prof. dr. *D. Danielopol*, internist.

D. prof. dr. *Petre Niculescu*, internist.

D. prof. dr. *P. Tomescu*, psihiatru.

D. prof. dr. *T. Gane*, pediatru.

D. prof. dr. *I. Vintilescu*, farmacist.

D.prof. dr. *A. Ciucă*, medic veterinar.

D. prof. dr. *N. Minovici*, preşedintele comitetului central al Colegiului medical.

D. farmacist col. *D. Ionescu*, preşedintele comitetului central al Colegiului farmaceutic.

D. dr. *St. Irimescu*, delegat al Ligii Naţionale, contra tuberculozei.

Dr. prof. dr. *Gh. Proca*, delegat al Academiei de medicină.

D. general dr. *C. Suhăţeanu*, inspector sanitar al armatei.

D. dr. *N. Rădulescu*, directorul medical al Casei Centrale a Asigurărilor sociale.

D. dr. *I. Apostolescu*, inspector general sanitar.

D. dr. *Nistor Pompiliu*, medic primar de judeţ.

D. arhitect *Gh. Negoescu*, arhitect specialist în geniul sanitar.

Amânarea concursurilor de secundariat de la Ministerul Sănătăţei

Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că s'au amânat pentru luna Februarie 1940, concursurile pentru ocuparea posturilor de medici secundari în specialităţile: medicină internă şi chirurgie, vacante sau ocupate provizoriu la Spitalele Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale şi cari urmau să înceapă la Bucureşti, Cluj şi Iaşi, în luna Noembrie 1939.

Pentru medicina internă şi specialităţile de medicină internă, concursul va avea loc la Bucureşti, Cluj şi Iaşi Luni 12 Februarie 1940 ora 9 a. m.

Pentru chirurgie şi specialităţile chirurgicale, va avea loc la Bucureşti, Cluj şi Iaşi în ziua de Miercuri 28 Februarie 1940 la ora 9 a. m.

Numărul posturilor pentru care se ţine concurs, condiţiunile de înscriere cum şi probele concursului sunt publicate în Monitorul Oficial No. 174 din 31 Iulie 1939.

Cei ce doresc a se înscrie la aceste concursuri, vor înainta cererile de înscriere însoţite de acte şi taxa de 1.000 lei cu cel puţin 15 zile înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că sunt vacante următoarele posturi:

Medic de circ. urbană la Municipiul Iaşi.

Medic şef al oraşului Bălţi.

Medic al oraşului Călăraşi.

Medic şef al Laboratorului de Igienă din Buzău.

Medic al Spitalului Periş jud. Ilfov.

Medic al Spitalului cu circ. Ciocova jud. Timiş.

Medic al circ. Intregalde jud. Alba; medic al circ. Mirăslău, jud. Alba; medic al circ. Silindia jud. Arad; medic al circ. Budeşti jud. Argeş; medic al circ. Pleşeşti jud. Baia; medic al circ. Guberdiu, jud. Bihor; medic al circ. Sâniob, jud. Bihor; medic al circ. Braniştea, jud. Botoşani; medic al circ. Gropeni, jud. Brăila; medic al circ. Cozieni, jud. Buzău; medic al circ. Rasoviceni, jud. Caliacra; medic al circ. Brebul, jud. Caraş; medic al circ. Cătina, jud. Cluj; medic al circ. Cuciurul Mic, jud. Cernăuţi; medic al circ. Culevcea, jud. Cetatea Albă; medic al circ. Ciobanu, jud. Constanţa; medic al circ. Independenţa, jud. Constanţa medic al circ. Norteni, jud. Dâmboviţa; Mitoc, jud. Dorohoi; Drănic, jud. Dolj; Grumezoaia, jud. Fălciu; Bubeşti-Jiu, jud. Gorj; Bălăcăuţii de Jos, jud. Hotin; Buruieni, jud. Hunedoara Axintele, jud. Ialomiţa; Jilavele, jd. Ialomiţa; Ţăndărei, jud. Ialomiţa; Bădeni, jud. Iaşi; Ciurea, jud. Iaşi; Vidra, Ilfov; Taşbunar, jud. Ismail; Bărdar, jud. Lăpuşna; Volvinet, jud. Lăpuşna; Săcel, jud. Maramureş; Bistriţa, jud. Mehedinţi; Greceşti, jud. Mehedinţi; Dragoslavele, jud. Muscel.

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cererei Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, în termen de 30 de zile dela data înserării prezentei publicaţii în Monitorul Oficial, care a apărut în No. 269 din 20 Noembrie 1939.

BIBLIOGRAFII

La ponction sternale; procédé de diagnostic etyologique par P. Émile-Weil. Médecin des Hôpitaux de Paris et **Suzanne Perlés.** Chef de laboratoire à l'Hôpital Tenon. *Masson et C.ie éditeurs.* Un volum de 184 pagini cu 25 figuri. . . . . 75 fr.

Studiul punţiunei splenice întreprinse mai înainte de către autorii acestei lucrări şi rezultatele satisfăcătoare pe cari le-au obţinut prin această metodă i-au îndemnat să practice simultan studiul paralel al măduvei osoase. In cursul acestei lucrări, ei menţionează avantajele pe cari le aduc în studiul hemopatiilor, o metodă atât de simplă şi atât de practicabilă ca punctiunea sternală. Reluând planul pe care l'au creat pentru punctiunea splenică, ei retrasează tipurile speciale de mielograme în care abundenţa elementelor şi predominaţia une celule sau a unui grup celular asupra altuia determină imagini medulare specifice.

Ei arată câteva învăţăminte de primă valoare pe cari le aduc mielogramele pentru diagnosticul şi pronosticul anemiilor oricari ar fi ele, insistă asupra imposibilităţei de a pune un diagnostic de criptoleucemie prin singurul examen sanguin sau pe clinică şi dau graţie pucţiunei sternale lămuriri utile asupra sindromului splenopoliglobulic şi asupra eritroblastozei în particular.

Nu este mai puţin adevărat că punctiunea sternală întrebuinţată fără controlul altor punctiuni ale centrilor hematopoetici nu poate aduce decât o contribuţiune insuficientă la studiul unui mare număr de afecţiuni sanguine de ordin hepatosplenic, studiul comparativ al punctiunilor cuplate permite numai de a da fiecărei dintre metode locul care-i revine şi confirmarea comparaţiunilor poate aduce în cazurile dificile foloasele necesare.

Éléments de Physiologie clinique de l'appareil circulatoire, par J. Castaigne Professeur de Clinique médicale, **P. Dodel** Docteur es-Sciences. Professeur de Physiologie et médecin des Hôpitaux de Clermont-Ferrand. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 146 pagini cu 81 figuri . 27 fr.

Necesitatea pentru orice medic de a cunoaşte în mod precis toate noţiunile fiziologice aplicabile la clinică şi terapeutică, se impune în mod absolut.

Această lucrare, redactată în acest scop să reamintească celor ce ştiu deja, să înveţe pe cei ce le ignorează, tot ceeace metodele clinice şi terapeutice, întrebuinţate astăzi, datoresc fiziologiei.

Această broşură este redactată cu mare simplicitate, fără a ţine în considerare hipotezele şi faptele încă în discuţie, ci întemeiată numai pe faptele pe cari experienţa medicală le-a confirmat.

ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE

Câteva cazuri de blenoragie tratate cu α (p. amino-fenil-sulfamido) piridină (Corp. 693) singură, fără îngrijiri locale

de Dr. J. Leroy

Annales des Maladies Vénériennes. Decembrie 1938.

Autorul comunică 22 cazuri de blenoragie tratate cu corpul 693 *(Dagénan)*, singur fără asocierea de îngrijiri locale.

Rezultatele obţinute au fost:

— 18 vindecări (adică 82%) toate obţinute în 10 zile, sau în mai puţin de 10 zile.

— 1 caz cu rezultat dubios.

— 3 eşecuri.

Dr. Leroy a adoptat în principiu Posologia II descrisă de Durel şi anume:

câte 3 grame pe zi timp de 3 zile;
câte 2 grame pe zi timp de 2 zile;
şi câte 1 gram pe zi timp de 3 zile.

In realitate însă, această schemă de tratament n'a fost urmată întocmai pentru toţi bolnavii, deoarece mulţi dintre ei s'au vindecat în mai puţin de 9 zile şi au încetat să mai ia medicamentul după vindecare.

Autorul crede totuşi că, cu toată rapiditatea vindecărioIr, e prudent să se continue tratamentul în tot timpul celor 9 zile.

Dispariţia scurgerei şi a fenomenelor inflamatorii s'a observat în general după 48 de ore.

Dispariţia gonocolilor a fost şi mai rapidă: în cele mai multe cazuri după 12 ore, iar în general în mai puţin de 48 de ore. Se pare că gonococii intracelulari dispar primii, gonococii extracelulari rezistând mai bine acţiunei sulfamidate.

Produsul 693 e foarte bine tolerat, în comparaţie cu corpul 1162. Din 22 de bolnavi trataţi, doi s'au plâns de dureri stomacale, iar şeapte fie de oboseală generală fie de uşoară ameţeală sau dureri de cap. Aceste tulburări au fost combătute cu succes administrându-se alcaline şi mai ales bicarbonat de sodiu.

La doi bolnavi s'a observat o uşoară cianoză vizibilă doar la nivelul unghiilor.

Terminând, autorul declară:

«Ce se poate conclude în urma acestei experimentări cu sulfamidopiridină? Mai întâi, că ni s'a părut extrem de puţin toxică: aceasta reese atât din observaţile ce le publicăm aci cât şi din întrebuinţarea largă a acestui medicament ce am făcut-o în alte cazuri iar apoi, că e mult mai activ decât celelalte sulfamide, pe cari le-am întrebuinţat mai înainte şi ca orice alte metode de tratament, în special aceea a spălăturilor Janet».

Va reuşi chimia să învingă gonococul?

de Dr. A. Vernes, M. Palazzoli şi R. Giard

Archives de l'Institut Prophylactique No. 3 t. X. Iulie-Septembrie 1938.

Autorii au controlat la Institutul Profilactic acţiunea corpului 693 *(Dagénan)* asupra blenoragiei.

Produsul a fost administrat singur, fără îngrijiri locale, în următoarele doze:

Prima şi a doua zi: câte 3 grame, adică 6 comprimate (un comprimat la două ore); în următoarele două zile (2 gr. adică 4 comprimate (1 comprimat la 3 ore); în următoarele 2 zile 1 gr adică 2 comprimate (câte unul dimineaţa şi seara). Această din urmă doză de 1 gr., a fost continuată în cazurile când vindecarea nu se obţinuse în 6 zile.

In 80% din cazuri vindecarea s'a obţinut în mai puţin de 15 zile, cele mai deseori în 6 zile.

In două treimi din cazuri s'a observat limpezirea urinelor în 24 de ore, iar odată la trei cazuri în 48 de ore. Scurgerea dispărea din prima zi, iar gonococii după 24 — 48 de ore.

In ceeace priveşte incidentele, autorii n'au observat cu dozele mai sus indicate nici cianoză şi nici un alt semn de intoleranţă comparabil cu cele observate cu derivaţii sulfamidaţi pe cari i-au întrebuinţat mai înainte.

Doar, într'un număr redus din cazuri (1 la 10), au notat dureri de cap şi o oboseală generală însoţită câteodată în primele 48 de ore de o stare de greaţă urmată de vărsături.

* * *

Acţiunea α (p. amino-fenil-sulfamido) piridinei (Corpul 693) asupra blenoragiei

de Palazzoli şi Levinson

Annales des Maladies Vénériennes, No. 10, Octombrie 1938.

Autorii comunică rezultatele ce le-au obţinut în tratamentul blenoragiei cu produsul α (p. amino-fenil-sulfamido) piridină sau corp 693. *(Dagénan).*

Statistica lor cuprinde 110 cazuri, dintre cari 80 tratate exclusiv pe cale bucale; în 30 din cazuri s'a instituit tratamentul mixt (chimioterapie şi îngrijiri locale).

1. Tratament exclusiv pe cale bucală.

Din 100 bolnavi trataţi s'au putut urmări 80 până la videcare. Dintre aceşti 80 bolnavi, 72 au fost vindecaţi într'un timp relativ scurt (în medie 7 zile). Dintre cele 8 eşecuri, 6 s'au dovedit rezistenţi tratamentului, iar doi cu toate că prezentau o limpezire a urinei cât şi dispariţia oricărui fenomen patogenic, au recidivat la două săptămâni după terminarea tratamentului. Primele 6 cazuri neînfluenţate s'au dovedit rezistente şi faţă de tratamentul cu sulfadie sau cu sulfoni.

Posologia întrebuinţată a fost următoarea:

Câte 3 grame prima şi a doua zi, repartizate în 6 doze (la câte două ore):

Câte 2 grame a treia şi a patra zi, în 4 doze (la câte 3 ore).

Câte un gram ziua a 5-a şi a 6-a, în două doze (dimineaţa şi seara).

Cantitatea medie de medicament administrată a fost de 12,8 grame, si anume maximum 30 gr. şi minimum 6 grame.

2. Tratament asociat cu îngrijiri locale.

Autorii au tratat 30 de bolnavi cu medicaţia combinată: chimioterapie şi spălături; medicamentul a fost dat în doze mai reduse, timp de 3 zile, şi anume în total 6 gr. (3 gr., 2 gr., 1 gr.). Au obţinut în medie 90% de vindecări în 3 zile (26 cazuri).

Nu s'au observat decât incidente uşoare (15%) ca cefalee, mai mult sau mai puţin violentă în primele două zile, în 4 cazuri o uşoară astenie, iar în 6 cazuri greaţă însoţită de două ori de vărsături în prima zi.

Fără a trage concluzii definitive, autorii au putut stabili următoarele avantagii pe cari corpul 693 le prezintă faţă de produsele sulfamidate ce l-au precedat:

1. Posibilitatea de a obţine în scurt timp, fără îngrijiri locale o vindecare confirmată, cu doze de medicament relativ reduse.

2. Rapiditatea vindecărei.

3. Absenţa aproape totală a turburărilor de intoleranţă sau limitarea lor la primele două zile de tratament.

4. Posibilitatea unei vindecări a blenoragiei printr'un tratament exclusiv bucal.

5. Posibilitatea tratamentului abortiv prin asocierea îngrijilor locale, deoarece în nouă zecimi din cazuri s'a obţinut vindecarea în 3 zile.

Regulele ce trebuesc observate în timpul tratamentului sunt tot acelea preconizate pentru corpii 1162 şi 1399.

Cazurile rezistente la medicaţia cu compuşii 1162 şi 1399 pot fi tratate cu succes prin 693 *(Dagénan)* şi faptul reciproc se poate observa câteodată.

Propagandă Medicală: „Specia"
Strada Anastasie Simu 6
Bucureşti (III)

NOTIȚE TERAPEUTICE

Simptomele de carență feroasă și tratarea lor

de Dr. HEILMEYER și Dr. H. PLÖTNER

Extras din Klinische Wochenschrift 1935, No. 4

Pentru a clarifica întrebarea, dacă prin terapia cu fer se exercită numai un stimulent asupra măduvei osoase sau dacă are loc o restituire materială am făcut cercetări în clinica medecală a Universității din Jena asupra schimbului intermediar de fer, cu o metodă nouă, care ne permite a doza cantitativ ferul din serul sangvin. Principiul acestei metode constă în precipitarea ferului din ser cu acid tricloracetic și dozarea fotometrică cu ajutorul derivatului de a-Dipyrridyl. Cantitatea normală de fer sangvin am găsit-o variind între 80—150%, adică în medie 90 la femei și 120 la bărbați. La toate anemiile bazate pe o carență feroasă am constatat o micșorare a ferului sangvin. Pe când la anemiile celelalte, deși era o scădere a hemoglobinei cât și a eritrocitelor, cantitatea ferului în ser nu era micșorată.

Paralel cu descreșterea serului sangvin la asideroze găsim și o descreștere a acestui element în lichidul țesuturilor și deci un raport feros diminuat pentru celule. Și totuși, chiar în anemiile cele mai accentuate, bazate pe lipsă de fer, s'a constatat existența de depozite de fer, care însă nu pot fi folosite la constituirea hemoglobinei.

Dovadă că aceste simptome, care se manifestă nu numai în compoziția sângelui, ci și la aspectul pielei și a mucoaselor, sunt o urmare a carenței feroase, ne-o produce faptul că tratamentul cu preparate de fer înlătură aceste simptome.

Modificările sângelui în anemiile bazate pe carență feroasă sunt caracterizate prin: diminuare în intensitatea coloratiei fiecărei globule, diminuarea volumului—planocitoza în locul megalocitozei dela anemia pernicioasă, descreșterea numărului leucocitelor și colorarea foarte slabă a serului.

Celelalte simptome secundare sunt: părul fără luciu și cu tendință pronunțată la cădere, pielea cu aspect uscat și palid, deformarea unghiilor, glosita lui Hunter și mucoasa bucală cu tendință pronunțată la sângerare. Deasemenea se constată deranjări accentuate ale secrețiunilor stomacale și adesea hemoragii ale mucoasei rectale.

Adinamia ce acompaniază carența fieroasă cât și extenuarea pronunțată nu le putem atribui numai anemiei, deoarece ele dispar după un tratament cu preparate feroase, chiar înainte de normalizarea elementelor sangvine.

1. *Anemiile cronice provenite din hemoragii.* — Se știe că hemoragiile repetate produc pierderi de fer care nu pot fi acoperite destul de repede prin alimentație, dând loc prin aceasta la un cerc vițios, deoarece descreșterea ferului sangvin atrage după sine predispoziția sângelui la hemoragii. Cantitatea de fer sangvin poate scădea în urma hemoragiilor mari chiar la 14—1/5 din doza normală. *Se recomandă deci un tratament de fer după orice hemoragie intensă.*

2. *Cloranemia achylică.* — Simptomele ei se aseamănă cu acele ale anemiei pernicioase. Ea este caracterizată prin faptul că ferul din alimente nu este asimilat și rezorbit. Dacă administrăm unui sănătos 1 gr. de Fer, reduct, după 2—6 ore constatăm o creștere a ferului din serul sangvin. La un bolnav de cloranemie achilică această creștere lipsește complect. Faptul că acest fel de anemie se întâlnește mai cu seamă la femei, se explică prin pierderile în fer ce ele le au datorită menstruației. In interesul unei generații sănătoase se recomandă un tratament profilactic feros la fete în timpul pubertății.

3. *Anemiile infecțioase cronice.*—Infecțiile cronice ca: fistule, pielitide cronice, tuberculoză și în deosebi reumatismul infecțios atrag după sine stări de anemie caracterizate prin coloratia slabă a sângelui și a serului. In vreme ce la hemoragiile acute scăderea cantității de fer în sânge se produce brusc, la infecțiile cronice această pierdere se produce treptat și cu ea se dezvoltă și sindromul anemic caracterizat prin: diminuare de volum a elementelor sangvine și planocitoză, de obicei un tratament cu fer vindecă mai greu o anemie bazată pe o infecție cronică, prin faptul că lipsa de fer există numai la măduva osoasă, ca în anemia pur feroasă, ci și în locul unde există infecția. De amintit este și faptul că în aceste infecții cronice avem deseori și o gastrită cronică care face să fie dificilă asimilarea ferului din alimente.

Din aceste considerente rezultă necesitatea unui tratament intens cu preparate de fer în cazurile de anemie infecțioasă cronică. Variațiile cantităților de fer în sânge ne pot servi drept indice diagnostic și prognostic.

4. *Anemiile provocate de tumori.* — Foarte adeseori tumorile, chiar acele cari nu sângerează, produc o stare de anemie care se ameliorează vădit în urma unui tratament de fer. Doze masive de 3—10 gr. Ferrum reductum au fost administrate în cazuri de tumori. Starkenstein a arătat că numai ferul ionizat poate fi rezorbit și că gastritele împiedică asimilarea normală a ferului din alimente cât și din medicamentele administrate pe cale bucală. Aceste neajunsuri sunt îndepărtate prin administrarea preparatului de fer «CEFERRO» (Nordmark), care *conține ferul în stare ionizabilă* și care se poate aplica prin injecții parenterale bine suportate.

Datorită acestui preparat s'a putut stabili, că ferul nu are numai o acțiune stimulentă asupra măduvei osoase, căci după administrarea injecțiilor de «CEFERRO» sporirea hemoglobinei este superioară cantității de fer injectate, adesea dublă. Trebue să admitem și o stimulare a organelor unde ferul este depozitat.

Heilmeyer recomandă un tratament combinat de CEFERRO» oral și parenteral, administrând zilnic 10 mgr. fer intravenos și cam 300 mg., de fer pe cale bucală. Prin această combinare el obține rezultate excelente chiar în cazurile cele mai rebele, după cum citează unul de cloranemie achilică care nu cedase tratamentului feros obișnuit. Deasemenea un caz analog vechi de 10 ani, la care hemoglobina nu se ridică peste 60% și care sub influența combinată a tratamentului cu «CEFERRO» se ridică în 34 zile la 96%.

Autorii remarcă de asemenea influența «CEFERRO»-ului asupra culoarei serului care de la primele injecții se schimbă din galben deschis în galben auriu, coloratie datorită creșterei bilirubinei din serul sanguin.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s. a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori mai activ, decât administrat pe cale bucală

prescrieţi deci:

Calcimusc

Soluţie sterilă de gluconat de calciu 10%, pentru injecţiuni intra musculare şi intravenoase.
Fiole de 5 şi 10 cc.

In pneumonii, bronchopneumonii şi alte boli infecţioase:
Excitantul sistemului cardio-vascular

Adigan

Soluţie — fiole pentru injecţiuni — tablete.
Un preparat de digitală, pur, precis titrat, eficace, inofensiv şi netoxic.

Medicaţia salicilică
fără împovărarea stomacului
pentru combaterea febrei, gripei, la adulţi şi copii

KALMOPYRIN

Tablete şi Pulbere

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

N E A L G Y L

Cloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină.

Drageuri: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulcerațiuni — Vaginite.

N E O L

Soluție generatoare de ozon și oxigen în stare născândă.

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.

Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părți.

Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă.

N E O L I D E S

Generatoare de oxigen și ozon.

Comprimate: Desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1—2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

Metrite — Afecțiuni vaginale — Leucoree — Ulcerațiunile colului.

O V U N É O L

Ovule pe bază de Neol — Acid lactic — Glicerină.

Nu pătează. 1 ovul seara la culcare.

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop:
- Copii mici: 2—4 linguriță în 24 ore.
- Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
- Adulți: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Drageuri:
- Adulți: 5—8 în 24 ore.
- Copii: 2—3 în 24 ore.

Laboratoarele Prof. BOITU — PARIS.

Eșantioane și literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREȘTI III — Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XVII. No. 24 — 10 Lei Exemplarul — 15 Decembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239,43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. A. DOBROVICI: *Originile biologiei* 309

Prof. Dr. P. TOMESCU, Dr. I. COSMULESCU şi Intern C. DANIEL: *Tratamentul pelagrei cu acid nicotinic* 314

Dr. MARIA ALEXIU şi Dr. ELISABETA FLORIAN: *Contribuţiuni la tratamentul hemoragiilor genitale prin hipofuncţiunea ovariană* . 316

Dr. AL. SOCOLOVSCHIU: *Tratamentul modern al afecţiunilor acute de nas, gât şi urechi* 318

Pagina

CRONICI

Prof. Dr. C. BACALOGLU: *Sărbătorirea Profesorului Dr. C. Angelescu cu prilejul împlinirei a 70 ani* 320

REVISTA CĂRŢILOR

Problema sinuciderilor de Dr. T. Vasiliu, recenzat de Dr. I. Stănescu. 313

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Omagiul Societăţei de Chirurgie din Bucureşti pentru D-nii Miniştri Prof. Dr. N. Hortolomei şi Dr. P. Topa; Noul comitet al Soc. de Oto-rino-laringologie; Comitetul Societăţei Anatomo-Clinice din Bucureşti 321

Pagina

TABLA DE MATERII

Tabla de materii a anului 1939 . . 322
Indexul alfabetic al autorilor . . . 324

BIBLIOGRAFII

Dr. Al. D. Rădulescu: Tratat de ortopedie chirurgicală. Cluj. Tipografia «Cartea Românească», 1939. Un volum de 1000 pagini, frumos ilustrat 1200 lei.

Cum tratăm azi epilepsia, de Docent Dr. *D. Grigorescu*, Dr. *Sergiu Axente* şi Intern *Vivi Constantinescu*, Editura Bucovina—Bucureşti. Preţul vol. lei 100.

Noţiuni de Laringologie clinică, de *Prof. Dr. G. Buzoianu* Directorul Clinicei O. R. L. de la Facultatea de Medicină din Cluj. Un volum de 368 pagini. Tipografia «Cartea Românească», Cluj.

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier*. «Les petits precis», par *A. Cantonet*, Edition Librairie Maloine.

Torantil

Conţine substanţe proprii ale corpului cu acţiune net antihistaminică şi antialergică. In colită, colită ulceroasă, ulcer ventricular şi duodenal, astm bronşial de geneză alimentară, urticarie, rinită vasomotorică, acnee.

AMBALAJE ORIGINALE: Cutii cu 5 fiole Torantil + 5 fiole de 2 cmc. ser fiziologic.
Pentru tratamentul bucal: Flacoane cu 20 drageuri.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.85 Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. CLUJ, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

IN TOATE CAZURILE DE

TUBERCULOZA EXTRAPULMONARA

RUBROPHEN

Injecţiuni — Drageuri — Pomadă.

Literatură la dispoziţia domnilor medici.

Costul de fabricaţie fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie mostre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

CHIMIOTERAPIA ANTIBACTERIANĂ

Corpul 693

DAGENAN

SE GĂSEȘTE DIN NOU

la toate farmaciile și drogueriile din țară

Société Parisienne d'Expansion Chimique

SPECIA Mărcile: Poulenc Frères & Usines du Rhône
21, Rue Jean Goujon Paris (8e)

Propaganda medicală: „Specia" str. Anastasie Simu 6, București (III).

GRANULE
FIOLE
INJECTABILE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti IV, str. Avram Iancu, 32 Tel. 5.51.51

Hemostaticul fiziologic

Manetol

Conţine principii activi din măduva spinării.

In hemoptizii pulmonare, hemoragii ale cavităţii naso-faringiene, hemoragii intestinale, hemoragii ale căilor urinare.

Standardizat biologic. Efect reducător asupra duratei hemoragiilor.

Preventiv: Pentru limitarea la minimum a pierderilor de sânge în intervenţiuni chirurgicale.

Cutii cu 5 fiole Manetol + 5 fiole apă dist. steril.
Cutii cu 25 fiole Manetol fără apă dist. steril.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel. : 3-92-86.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Anul XVII. No. 24 — 10 Lei Exemplarul — 15 Decembrie 1939

ROMÂNIA MEDICALĂ

ORIGINILE BIOLOGIEI *)

de Prof. Dr. A. DOBROVICI

Aproape toate ştiinţele biologice au fost la început cultivate din cauza raporturilor lor cu medicina, şi în acest sens Hippocrat poate fi considerat ca părintele biologiei, căci în opera sa găsim cele dintâi noţiuni de biologie. Cărţile sale conţin gândiri cari ne dovedesc că dacă el a meditat mult asupra medicinei, spiritul său era preocupat şi de probleme mai generale cari eşeau vădit din cadrul practicei medicale şi îmbrăţişau chestiuni de un ordin mai înalt.

Biologia, considerată în sine, este ştiinţa generală a vieţei. Ea este încoronarea unei serii de noţiuni care au drept bază, alte ştiinţe. Fără îndoială că dacă logica ar fi fost legea lumei, oamenii ar fi trebuit să studieze fiziologia înainte de a creea medicina, dar necesitatea şi nu logica face legea. Suferinţa cerea o uşurare imediată, de aceia suferinţa organismului bolnav a făcut să se nască medicina şi nu dorinţa de adevăr abstract. Cei vechi au fost siliţi să înceapă studiul omului prin latura cea mai grea, pentru că boala este mult mai complicată decât starea deja atât de complexă care constituie sănătatea.

De aceia trebuie să judecăm cu multă indulgenţă pe acei medici ai antichităţii cari în mijlocul celor mai mari greutăţi s'au silit să observe fenomenele, să creeze teorii prea şubrede încă, dar cari formau un început de spirit ştiinţific. Metoda lor era bună, dar le lipsea, am putea zice, instrumentele pentru a o pune în faptă.

Hippocrat voia ca medicina să fie bazată pe ştiinţa mediului în care trăim. Această ştinţă a mediului este aceia a corpurilor organice, adică a totalităţii ştiinţelor fizico-chimice. Ori fizica şi chimia nu erau încă născute. Hippocrat socotea că elementele discuţiei trebuiau căutate în proprietăţile corpurilor inorganice, dar cum nu le cunoştea, el a făcut acea remarcabilă încercare, acea teorie chimică care este *umorismul* şi pe care ştiinţa modernă a reluat-o pe baze noi. Ceiace Hippocrat cunoştea mai bine erau efectele produse asupra organismului omenesc de către climat, anotimpuri, influenţele cosmice, alimentaţia, exerciţiile fizice, genul de viaţă şi de către toţi agenţii exteriori în general. De aici vine caracterul cercetărilor sale cari privesc mai mult în afară către mediul ambiant.

In momentul când filozofii se pierdeau în discuţiuni sterile asupra naturii omului, Hippocrat vine să afirme că numai prin medicină s'ar putea dobândi oarecari cunoştinţe pozitive şi din studiul medicinei a eşit acel puternic spirit critic care a răspândit acţiunea sa binefăcătoare asupra ştiinţei elenice. Este gloria nepieritoare a şcoalei din Cos de a fi provocat această revoluţie în domeniul medicinei şi de a fi întreprins lupta contra exceselor şi greşelilor filozofiei naturei. In una din cărţile sale cele mai autentice «Despre vechea medicină» Hippocrat zice:

«Cred că numai prin medicină se va putea ajunge la oarecari cunoştinţe pozitive asupra naturei omului, dar cu condiţia de a îmbrăţişa medicina în adevărata ei generalitate. Fără aceasta cred că suntem departe de asemenea cunoştinţe, vreau să zic de ceiace este omul».

Lupta contra exceselor fanteziei în domeniul cunoaşterei, găseşte totdeauna pe medic la postul său. Nobila şi grava profesiune medicală pune pe medic în fiecare zi şi în fiecare ceas în comuniune strânsă cu natura. Erorile teoretice pe cari el le-ar comite, pot produce cele mai funeste consecinţe practice. De aceia medicina a contribuit în toate timpurile să desvolte simţul cel mai curat al adevărului. Cei mai buni medici, trebuie să fie şi cei mai buni observatori şi prin exerciţiul continuu al profesiunei, linia de demarcaţie care separă realitatea de creaţiile imaginaţiei devine pentru ei pe fiecare zi mai adâncă.

Dar nu trebuie să uităm că limita între ştinţă şi filozofie este flotantă. In antichitate aceste domenii se îmbinau şi mai mult. Mărturia cea mai elocventă a culturii generale a medicilor hippocratici o găsim în Platon, contimporanul lor care vorbind despre aceşti medici obişnuiţi să mediteze, îi aşează alături de cei mai iluştri reprezentanţi ai strălucitei Athene: «Aceşti Asclepiazi cu un spirit elegant şi cultivat cari în explicaţiile pe cari le dau merg până la filozofie». Acesta este elogiul cu care profesiunea medicală este salutată în pragul literaturii greceşti şi pe care posteritatea nu-l va desminţi.

Din combinaţia acestor două ştiinţe se desprinde încetul cu încetul convingerea că omul fiind o parte a naturei, nu poate să fie înţeles independent de ea. Dar ajunşi aci, cele două drumuri se separă, de o parte ficţiunea, de cealaltă realitatea. Medicii sunt acei cari au întemeiat medicina şi nu filozofii; filozofii din acea epocă făceau să intre în cercul speculaţiilor lor, organizaţia animalelor şi bolile speciei umane, dar ei nu au făcut decât să agite idei, căci le lipsea studiul şi observaţia faptelor.

Două lucruri sunt de considerat, când cercetăm cărţile vechi, găsim acolo în acelaş timp fapte şi doctrine. Pentru fapte se ştie cât de pătrunzător era spiritul de observaţie al lui Hippocrat şi ce bogată culegere de fapte este toată opera sa. Dar faptele fără o doctrină ne-ar da o ideie incomplectă despre cultura ştiinţei. O doctrină e totalitatea ideilor generale cari călăuzesc şi fac să progreseze ştiinţa. Medicina în deosebi nu poate săse lipsească de o doctrină. O doctrină este generatoare de ipoteze şi ipoteza provoacă cercetarea. Această irezistibilă nevoie de generalizare unită cu nu spirit de observaţie pătrunzător face ca toată opera hippocratică să fie impregnată de o doctrină.

Intr'o vreme când anatomia făcuse aşa de puţine progrese, când fiziologia era încă în faşe, când anatomia patologică nu exista încă, când diagnosticul era lipsit de elementele sale cele mai preţioase, singura flacără care a luminat medicina a fost *umorismul* hippocratic. In dedalul faptelor izolate care ameninţau medicina să rămână în mâinile empiricilor, aceasta este prima construcţie ştiinţifică, pe care o cunoaştem în medicină.

Fără a intra în examenul caracterelor proprii ale fiecărei boli şcoala din Cos a găsit o ideie fecundă care rezuma totul şi care da medicului o doctrină care să-l poată călăuzi atât în cercetările ştiinţifice cât şi în practica profesiunei. Istoric vorbind cea dintâiu problemă biologică pusă de Hippocrat este acea relativă la legătura minunată care există între organism considerat în ansamblul său şi părţile care-l compun.

Echilibrul umorilor şi mişcările umorale se găsesc la baza patologiei hippocratice. Cercetările recente asupra colloidoclasiei şi anaphylaxiei nu sunt în esenţa lor decât ruptura bruscă a echilibrului umoral, de care vorbeşte Hippocrat. Doctrina sa cadrează perfect cu ideile moderne.

Cel ce studiază opera hippocratică

*) Origines de la Biologie. Hippocrate. Cartea Românească 1939.

găseşte prilejul să determine conexiunea care subsistă între rezultatele investigaţiei moderne şi ceiace a fost gândit acum 23 veacuri. Toate principalele probleme biologice actuale au fost abordate de Hippocrat. Conservarea mediului intern al organismului prin echilibrul schimburilor nutritive. Mijloacele prin care se stabilesc relaţiunile între diferite părţi ale organismului pentru a creia unitatea fiinţei vieţuitoare. Influenţele pe cari mediul extern le exercită asupra fiinţelor organizate cercetări cari formează cele dintâiu încercări de cosmobiologie Fenomenul generaţiei, problema determinării sexului şi acea a ereditătii. In fine natura procesului numit viaţa, chestiune desbătută în toate timpurile de filozofi.

Astăzi semne din ce în ce mai numeroase anunţă o întoarcere la tradiţia gândirei hippocratice. Este neohippocratismul actual care constituie o operă de sinteză armonioasă între tradiţie şi cuceririle ştiinţei moderne.

Metoda. — Atitudinea ce ia Hippocrat cu privire la studiul naturei, presupune o metodă ştiinţifică nouă: este metoda inductivă. Găsim aci procedeul de cercetare conform regulelor fundamentale enunţate mai târziu de Fr. Bacon care s'a inspirat desigur din cărţile hippocratice. «Lipseşte încă mult medicinei — zice Hippocrat — pentru perfecţiunea sa, dar mijlocul de a găsi ceiace îi lipseşte este că oameni abili să facă cercetări căutând să ajungă la ceiace este necunoscut plecând dela ceiace este cunoscut».

Biologia modernă nu procede alt fel. A rezuma toate cunoştinţele deja dobândite în formule maleabile, este a proecta lumina fenomenelor cunoscute asupra celor necunoscute în scop de a uşura cercetarea. Metoda antică nu diferă deci în esenţa sa de metoda modernă. Hippocrat, ca şi noi, a voit ca să observăm natura şi ca şi noi, el s'a servit de inducţie pentru a mări câmpul observaţiilor sale şi a găsi o legătură între faptele particulare. In dedalul faptelor izolate, el găseşte un fir conductor şi instalează astfel în mijlocul societăţei antice un aparat de gândire impecabil.

Hippocrat preconizează exclusiv căutarea *faptului* (τὸ εόν) şi se ridică contra *ipotezei* (ὑπόθεττς) «Nimeni, zice el nu este autorizat să aşeze medicina pe o ipoteză, oricare ar fi ea, căci medicina are fapte pozitive dela cari trebuie plecat de preferinţă». O ipoteză substituită realităţei este o deviaţie dela adevărata cale şi o eroare capitală care schimbă o ştiinţă adevărată într'o speculaţie deşartă şi fără bază. Hippocrat merge până acolo încât crede că printr'o ipoteză este imposibil de a descoperi ceva.

Or, omul de ştiinţă modern se serveşte în cercetările sale de trei procese mentale diferite. El culege întâiu fapte, apoi imaginează o ipoteză care exprimă relaţiunile dintre ele, şi în fine el verifică această ipoteză care poate fi găsită justă sau falşă. Atâta timp cât deplina certitudine a ştiinţei ne scapă, este necesar să facem ipoteze. Este absolut imposibil de a reuni fapte izolate şi de a recurge la mijloace artificiale cum sunt experienţele ştiinţifice fără a face o ipoteză prealabilă care călăuzeşte paşii cercetătorului şi anticipează asupra rezultatului final. Orice ştiinţă nu trăeşte decât din ipoteze şi nu progresează decât prin ele.

Este greu uneori să deslusim exact gândirea lui Hippocrat asupra valorii investigaţiilor prin mijlocul a ceeace el numeşte ipoteză. Cu atât mai greu că uneori chiar el se serveşte de ipoteze. In realitate el se ridică contra ipotezei pe care o numeşte *deşartă*, şi acest calificativ este un titlu rar de probitate ştiinţifică. El se ridică contra ipotezelor care nu sunt verificabile, demonstrabile, şi prin urmare analoage cu nişte ficţiuni, căci «cel ce se serveşte de ele nu poate să ajungă la nici o certitudine căci orice verificare este imposibilă».

In starea rudimentară a cunoştinţelor în anatomie şi fiziologie pentru a nu mai vorbi de cele în fizică şi chimie, singura metodă potrivită şi recomandabilă era metoda mai simplă a inducţiei. Astăzi chiar părţile cele mai avansate ale biologiei abia încep să se servească de deducţie şi intră astfel în cea din urmă şi cea mai înaltă fază a cercetării ştiinţifice.

Meritul şcoalei din Cos este de a fi înţeles că trebuia să se resemneze încă pentru mult timp şi să nu întrebuinţeze decât metoda inductivă căci premisele indispensabile întrebuinţării metodei deductive trebuiau încă găsite. Această renunţare provizorie la năzuinţe mai înalte face admiraţia noastră. Medicii hippocratici au dat dovadă de mult simţ critic. Ei inaugurau o perioadă de tranziţie, căci în stadiul prea puţin înaintat al desvoltării ştiinţifice, singură metoda inductivă putea fi folosită cu succes. Era organizaţia unei metode care trebuia să permită progresele ulterioare şi care se găseşte expusă într'un chip magistral mai ales în tratatul despre «Aer, Ape, Locuri».

Determinism, Etiologie. — Tratatul despre «Aer, Ape, Locuri» este un admirabil capitol de etiologie în care Hippocrat îşi propune căutarea cauzelor.

Ştiinţa modernă caută ca şi Hippocrat cauza fenomenelor. Or, toate posibilităţile de eroare sunt închise în cuvântul *cauză*. Ideea de cauză este aproape sinonimă cu termenul de *explicaţie*. Spiritul nu poate să conceapă un efect fără cauză. Dar prin faptul că cauza este totdeauna anterioară efectului, adică fenomenului ce trebuie explicat, rezultă că putem concepe o cauză într'un ordin de succesiune. Nici un biologist nu va contesta că fenomenele vitale sunt toate, fără excepţie, aşezate într'un ordin de succesiune. Toate operaţiile chimice care se petrec într'un organism, se succed în aşa fel că un fenomen este determinat de cel precedent şi determină pe cel ce urmează. Pentru a exprima această succesiune, termenul *funcţiune*, prin sensul său matematic precis este mai just şi el a trecut de altfel în limbajul ştiinţific curent; noi zicem că cutare fenomen este în funcţiunea cutărui altul.

Ideia dominantă din tratatul «Despre aer, ape, locuri» este ideia de cauzalitate. Ideia de cauzalitate are o valoare ştiinţifică şi filozofică considerabilă, căci ea a permis gândirei omeneşti să îndepărteze orice ideie de supra-natural şi să găsească explicaţii în care nu intervin decât fenomene naturale.

Chiar în zilele noastre etiologia este unul din cele mai importante şi mai grele studii. Tot ce înconjoară omul este pentru el o ameninţare, un pericol: forţele fizice şi cosmice, agenţii chimici, o insolaţie, focul, frigul, schimbările de anotimpuri, alimentele, apa şi mai presus aerul ce respirăm. Era firesc ca Hippocrat să fi fost izbit de marea şi universala influenţă a agenţilor exteriori. Dar în erarhia cauzelor care sunt numeroase trebuia făcută o distincţie. Procedând cu metodă el avea mai întâiu de combătut noţiunea de *divin* (θειον), care stăpânea încă toată ştiinţa antică. Contra ideilor timpului care atribuiau unele boli intervenţiei divine, Hippocrat susţine în modul cel mai formal că:

«Nici o boală nu este mai divină sau «mai umană decât alta; toate sunt divine şi toate sunt umane, căci toate «sunt *efectul unor cauze naturale*».

Era un mod abil de a-şi exprima gândirea într'o vreme când Socrat fusese silit să bea otravă.

Tratatul despre «Boala sacră» (epilepsie) poate fi cu drept cuvânt numit codul ştiinţei; căci autorul defineşte în el metoda ştiinţifică în voinţa sa de a căuta cauze naturale la toate fenomenele. Acest tratat este important pentru două puncte de doctrină: primul este că toate bolile sunt datorite unor cauze naturale şi Hippocrat combate cu energie pe acei cari atribuiau această boală unei intervenţii divine şi practicau medicina sub mantia divinităţei. Al doilea punct de doctrină este acela care atribuie creerului toată activitatea intelectuală şi morală contrar opiniunei celor care o aşezau în inimă. Lupta între tradiţia religioa-

Gardénal

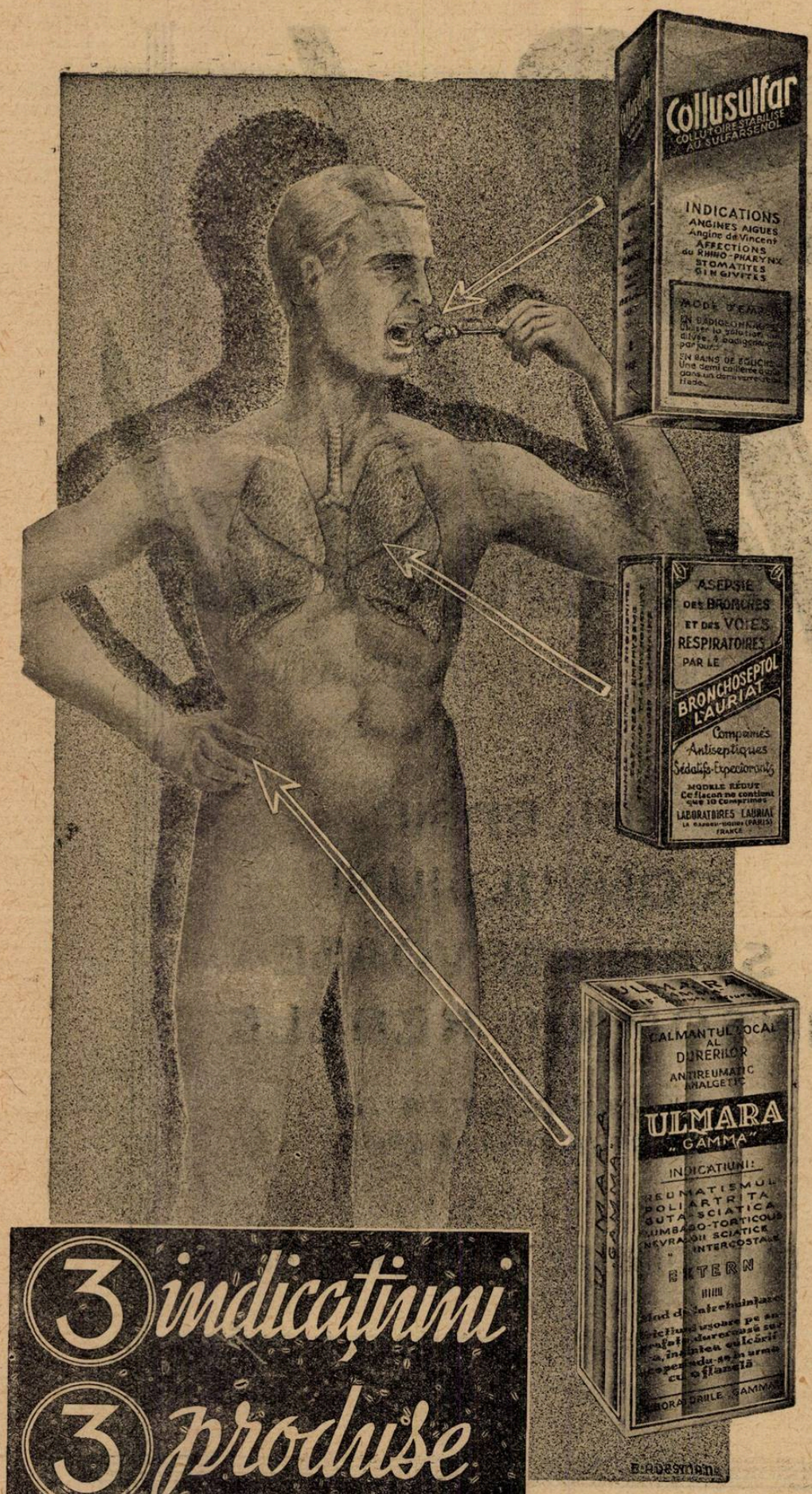
PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

EPILEPSIE
CONVULSIUNI
STĂRI NERVOASE
INSOMNII REBELE

IN TUBURI DE COMPRIMATE
DE 0 GR. 10, 0 GR. 05 & 0 GR. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III



COLLUSULFAR

SULFARSENOL . . 5 gr.
EXCIPIENT q. s. p. 100 cc.

ANGINE ACUTE
ANGINA LUI VINCENT
GINGIVITE

BADIJONAJ ȘI BĂI DE GURĂ

BRONCHOSEPTOL
„LAURIAT"

Pudră de Doveri	Ipeca	0,01
	Sulf. de pot.	0,04
Codeinată (0,10)	Nifr. de pot.	0,04
	Codeină	0,01
BROMOL (Tribr.)		0,02
Extract de Aconit		0,0025
„ de Belladonă		0,005
Terpină		0,05
Benzoat de Sodiu		0,10
Excipient		0,33

AFECȚIUNILE CĂILOR RESPIRATORII

4—6 PE ZI

ULMARA
„GAMMA"

ES. DE SPIREA ULMARIA
„ „ MATRICARIA
„ „ TEREBENTINĂ
„ „ THYM
„ „ LAVANDĂ
„ „ ROSMARIN
CLOROFORM

ANTIREUMATIC ANALGETIC

FRICȚIUNE

3 indicațiuni
3 produse

să şi spiritul raţionalist se dă astfel în istoria medicinei pentru întâia oară în Grecia şi Hippocrat poate fi socotit ca întemeietorul medicinei laice.

Noţiunea de cauzalitate serveşte astfel pentru clasificarea bolilor. Clasificarea este astăzi etiologică, aşa cum o cerea Hippocrat.

A considera bolile sub aspectul etiologic uşurează nu numai clasificarea, dar ne permite mai ales să instituim o terapeutică care pentru a fi raţională, trebuie să fie causală. Trebuie să recunoaştem că Hippocrat cercetând cauzele urmărea acelaş scop practic pe care îl enunţă când zice că:

«Bolile ale căror cauze sunt bine «cunoscute sunt acele ale căror pro«nostic este mai uşor de fixat. Ele tre«buiesc tratate combătând cauza».

Determinismul, principiul absolut al ştiinţei, nu poate fi enunţat mai limpede. Fenomenul biologic care este boala, este datorit unor cauze care se succed şi se înlănţuesc conform unor legi invariabile. Principiul determinismului nu admite fapte contradictorii. Hippocrat a înţeles că condiţiunile în care ia naştere o boală, sunt accesibile cercetării, căci ele sunt toate materiale. Astfel determinismul nostru nu este decât ceeace gândeau cei vechi, când ziceau că: «totul se face cu ordine, greutate şi măsură».

Dacă considerăm întreaga etiologie hippocratică, constatăm că ea tinde mai ales către cunoaşterea cauzelor bolilor. Hippocrat recunoaşte două categorii de cauze. Cea dintâiu cuprinde influenţele climatului, anotimpurilor, temperaturei, apelor, localităţilor. A doua categorie de cauze care este mai individuală cuprinde alimentaţia, exerciţiile fizice, genul de viaţă. Ceiace Hippocrat cunoştea mai bine erau efectele produse asupra corpului de alimentaţie, genul de viaţă, locuinţă. De aci caracterul etiologiei sale care priveşte mai mult în afară către mediul ambiant.

A stabili raporturile omului cu pământul, aerul, vânturile, ape, temperatură şi toate elementele planetei pe care el o locueşte, a stabili chiar raporturile cu restul universului şi astrii, a căuta într'un cuvânt influenţele cosmice, acesta este programul măreţ ce Hippocrat îşi impune în etiologia sa. Este desigur unul din cele mai vaste programe care a fost conceput şi ştiinţa modernă este încă departe de a-l fi împlinit.

Teoria mediului. — Climatologie. — Hippocrat cel d'intâiu a instituit doctrina climatului şi poate fi considerat ca părintele climatologiei moderne. Dacă astăzi doctrina a suferit modificări, suntem încă uimiţi de vederile largi, exacte, pătrunzătoare, enunţate într'o formă admirabilă şi trainică. Şi când ne gândim la acest început, care este pentru noi începutul însăşi a ştiinţei climatologice, nu putem găsi pentru cercetările viitoare un punct de plecare mai măreţ şi mai solid.

Teoria influenţei climatului desvoltată cu atâta talent de Hippocrat, şi căreia veacurile următoare i-au făcut atâtea împrumuturi este rodul observaţiilor culese în timpul călătoriilor în regiuni cu climaturi diferite.

Hippocrat a fost un mare călător. Ca cei mai mulţi medici din antichitate el obişnuia să schimbe necontenit cadrul activităţii sale medicale, de unde numele de «Periodeuţi» ce se da acestor medici. Numeroasele observaţii care umplu cărţile hippocratice ne permit să urmărim pe Hippocrat în toate peregrinările sale, din Egipt şi tropic până în nordul Sciţiei. După ce a străbătut toată lumea cunoscută de cei vechi, el arată că fauna şi flora *sunt adaptate condiţiunilor climatului*. Este prima încercare făcută pentru a distinge *domenii zoologice*, corespunzând cu *domenii botanice*.

Astăzi când întregul *glob* terestru este deschis explorăţiilor, când diferitele rase şi amestecurile lor ne sunt cunoscute, când studiile demografice sunt atât de avansate, un material considerabil vine să confirme ceiace a luat naştere din ştiinţa rudimentară a unui mare spirit. Hippocrat constată că şi omul, fiinţă instabilă, variabilă, sufere mai ales influenţa climatului, şi stabileşte acea doctrină a influenţei climatului şi asupra moralului, caracterului şi moravurilor, doctrină pe care sociologi ca Montesquieu au adoptat'o în întregime.

«O perpetuă uniformitate a climatu«lui întreţine indolenţa; un climat va«riabil dă mişcare corpului şi spiri«tului; or, dacă repausul şi indolenţa «hrănesc laşitatea, exerciţiul şi munca «hrănesc curajul».

Ajuns aci, Hippocrat se ridică pe culmi mai înalte, de unde priveşte soarta întregei omeniri, cunoscute atunci şi într'un mare spirit de sinteză, el încearcă să explice istoria marilor imperii prin climatul psihic şi intelectual, în diferitele latitudini sub influenţa mediului.

Găsim astfel în Hippocrat sforţările pe cari le-a făcut raţiunea pentru a lega activitatea psihică de cea biologică. Ştiinţa modernă nu face decât să se reîntoarcă la aceste fapte primitive de observaţie ale Grecilor.

Fără îndoială că pentru moderni noţiunea de climat este mult mai complexă decât pentru Hippocrat. Ea nu cuprinde ca altă dată numai noţiunea secundară de temperatură. Sub impulsiunea dată de renovatorii geografiei fizice, se ştie că în noţiunea de climat intră date de astronomie, meteorologie, fizică, precum şi latitudinea, insolaţia, influenţa marelor masse oceanice, curenţii marini, vânturile şi altitudinea. Şi totuşi nu ştim astăzi mai mult decât Hippocrat despre înrâurirea mediului geografic asupra societăţilor omeneşti, căci «geografia umană», ştiinţă nouă, abia s'a născut şi este, ca şi sociologia, în căutarea unei metode.

Hippocrat încheie astfel toate aceste observaţiuni profunde care prevăd strânsa legătură dintre climat şi viaţa fizică şi psihică a popoarelor:

«In general veţi găsi că naturei pă«mântului corespunde forma corpului «şi dispoziţia sufletească. Tot ce pă«mântul produce, este conform cu pă«mântul însuşi. Iată cari sunt consti«tuţiile fizice şi morale cele mai opu«se. Plecând dela aceste observaţii «vom putea judeca restul fără teamă «de a ne înşela».

Acest raport există desigur şi a fost dat ştiinţei antice ca să-l înţeleagă în plenitudinea lui. Rămâne ca ştiinţa modernă să-l circumscrie în limitele lui juste.

Hidrologie. — In tratatul. despre «Aer, Ape, Locuri» găsim un adevărat capitol de hidrologie medicală. Hippocrat cunoaşte apele minerale şi citează apele calde care conţin fer, cupru, sulfure, alun, bitum şi natriu. El vorbeşte în igienist despre calităţile apei care alimentează oraşele şi trage concluzii pentru bolile speciale fiecărei localităţi.

Paludismul este legat indirect de natura solului şi de ape. Necunoscând adevărata cauză a paludismului Hippocrat a înţeles totuşi relaţia indirectă ce există între bălţi şi paludism. El descrie într'un chip admirabil portretul *clinic al paludicului*:

«Acei cari folosesc aceste ape au tot«deauna splina mare şi dură abdome«nul umflat şi cald, umerii şi clavi«culele descărnate. In adevăr cărnu«rile se topesc în folosul splinei».

Hippocrat este un isvor nesecat de informaţii. El a întrevăzut principiul care se găseşte la baza malariaterapiei. Cunoscând bine paludismul, spiritul său pătrunzător a surprins efectele bine-făcătoare ale acceselor de malarie asupra unor boli nervoase. In adevăr, în numeroase împrejurări el constată într'un chip foarte clar, acţiunea modificatoare a acceselor palustre asupra epilepsiei, asupra maniilor, asupra convulsiunilor:

«Cei ce sufăr de boala sacră, dacă «survine febra quartă, aceasta vindecă «pe cealaltă». Apoi:

«Alcippe suferea de accese de manie; «în urma unei febre acute, accesele au «încetat».

In fine în aforisme găsim:

«Cei ce au convulsii şi iau în urmă «febră quartă se vindecă de convulsii».

Dacă autorul se mulţumeşte să semnaleze numai fenomenul fără să încerce o explicaţie, spiritul său de observaţie rămâne totuşi de admirat.

Nici un fenomen al naturei nu scapă observaţiei sale când este vorba de a căuta influenţele acestora asupra omului şi asupra boalelor lui. Astfel studiază acţiunea ploilor asupra isbucnirii unor boli şi crede că poate să anunţe care va fi starea sanitară a unei localităţi în timpul unui an întreg. Hippocrat enunţă numai rezultatul observaţiunilor sale, şi hidrologia se găseşte numai schiţată în trăsături generale. Astăzi această ştiinţă se bazează pe statistici detailate. Totuşi, ideile consemnate în tratatul despre «Aer, Ape, Locuri» constituiesc una din cele mai frumoase moşteniri pe cari ştiinţa modernă le-a primit dela ştiinţa antică. Hippocrat a fixat punctul de plecare, a dat un plan de studii şi a schiţat soluţia pe care ştiinţa modernă este încă departe de a o fi elaborat.

Teoria umorală. — Unitatea fiinţei vieţuitoare. — «Umorile nu sunt ipoteze» zice Hippocrat. La aceste cuvinte suntem transportaţi în miezul chiar a discuţiei pasionante care a durat atâtea veacuri. Umorismul hippocratic, se găseşte astăzi întinerit şi luminat prin noţiunea toxinelor, a secreţiunilor interne şi mai ales a autointoxicaţiilor din bolile de nutriţie. Disciplina medicală actuală este fiica disciplinei hippocratice.

«In corp există umori numeroase a «căror proprietăţi variază la infinit «prin cantitate şi prin forţă. Amestecate şi temperate una prin alta, ele nu sunt manifeste şi nu cauzează su«ferinţa; dacă una din ele se separă «şi se izolează de rest, atunci ea devine vătămătoare şi cauzează durere».

Mai departe noţiunea modernă a echilibrului umoral şi a sinergiei funcţionale a umorilor este exprimată în termenii următori:

«In virtutea unei singure şi aceleiaş «necesităţi, toate umorile sunt menţi«nute şi susţinute una prin alta. Dacă «congenital ar lipsi una din umori, «viaţa n'ar putea continua».

Ceiace este remarcabil în umorismul hippocratic este ideia ce-şi face autorul despre natura procesului ce noi numim viaţă, şi care nu poate să se menţină decât prin conservarea *mediului intern*. Nicăeri gândirea modernă nu se apropie mai mult de gândirea hippocratică.

Nu e nevoie să insistăm asupra teoriei umorale atât de scumpă lui Hippocrat, teorie ţinută multă vreme în suspiciune, dar care a fost reluată într'un mod strălucit de cercetările moderne în special ale lui Widal şi ale şcoalei sale. S'ar putea zice că astăzi, graţie progreselor biochimiei, medicina a devenit umorală şi toate descoperirile se fac sub semnul hippocratic.

Există o descoperire care face astăzi admiraţia noastră: fenomenul anaphilaxiei care a deschis calea la atâtea alte descoperiri. Găsim în Hippocrat descrierea unui caz de anaphilaxie alimentară explicat printr'o tulburare umorală. Nu putem citi aceste pagini fără să fim isbiţi de preciziunea cu care fenomenul este descris şi de logica cu care autorul întrevedere posibilitatea de a desensibiliza organismul contra şocului anaphilactic. Ştiinţa modernă a găsit explicaţia fenomenului fără însă a pătrunde în esenţa lui; ea a reuşit însă să găsească ceiace voia Hippocrat, tratamentul antianaphilactic la baza căruia stă teoria umorală.

Mai departe găsim exprimată luminos distincţia între organe şi umori.

«După mine, medicina trebuie să cu«noască care sunt bolile cari derivă «din *forţe*, şi cari din *figuri*. Numesc forţe proprietăţile extreme ale umo«rilor; numesc figuri conformaţiile or«ganelor care sunt în corp».

După ce stabileşte această distincţie între organe şi umori, autorul combate pe cei cari nu văd bolile decât în organe; doctrină identică cu aceea care a domnit în zilele noastre sub influenţa lucrărilor lui Wirchow, care voia să explice toate bolile prin leziunile anatomice ale organelor. Nu e nevoie să adăugăm că astăzi nu mai suntem organicieni puri. Revenim la primele începuturi ale medicinei hippocratice, la aprecierea sintetică şi globală a ceiace numeau cei vechi forţe.

Una din cele mai importante probleme de biologie este desigur aceia a cunoaşterei mijloacelor prin cari se stabilesc relaţiunile între diversele părţi ale organismului, relaţiuni care creiază *unitatea* fiinţei vieţuitoare. Prima problemă pusă de Hippocrat era tocmai relativă la conservarea mediului intern al organismului, graţie echilibrului umoral. Chiar când cauza bolii nu atinge decât un punct circumscris al organismului, reacţia morbidă nu rămâne am putea zice nici odată localizată, pentru că toate părţile corpului sunt solidare astfel încât o leziune, o tulburare funcţională a uneia din părţi este resimţită de multe dintre ele. Aceste sinergii morbide, Hippocrat le numeşte **simpatii** şi el afirmă astfel din nou ideia unităţii fiinţei vieţuitoare. Nici un organ nu trăeşte izolat. Armonia umorilor este sănătatea şi boala nu atinge un singur organ, ea este «morbus totius substantiae».

Constituţie. — Biotipologie. O noţiune care merită toată atenţiunea este aceia de *constituţie*, căci ea conţine în germen idei cu totul originale a căror valoare a fost recunoscută de cercetările moderne. Este prima încercare raţională făcută de un om de o mare inteligenţă în scopul de a stabili factorii determinanţi ai constituţiei. «Constituţia, zice Hippocrat, este punctul de plecare a oricărui raţionament în medicină».

Dacă rezumăm ideile sale asupra constituţiei putem vedea că acest termen cuprinde două noţiuni: Ereditatea, care determină constituţia pe care el o numeşte *primitivă*, şi constituţia *dobândită* în timpul vieţii după naştere, sub influenţa factorilor externi.

Vederile hippocratice nu au fost depăşite de cei moderni, căci ultimele cercetări ajung la concluziuni identice cu ale lui Hippocrat.

Nu există încă o teorie exactă a constituţiei bazată pe studiul structurii corpului. Progresele endocrinologiei au fost repezi şi strălucite, şi această ştiinţă nouă a dat deja câteva puncte de reper pentru studiul constituţiei. Şcoala italiană cu De Giovani, Viola, Pende, reluând ideile hippocratice asupra constituţiei, a pus bazele unei ştiinţe noui, *Biotypologia*, care-şi propune să studieze personalitatea fizică şi psihică a omului sub patru aspecte: morfologic, fisiologic moral şi intelectual. Sunt cele patru feţe ale unei piramide a cărei bază este formată de patrimoniul ereditar. Cunoaşterea sintetică a personalităţii cere studiul fiecăreia din aceste patru părţi constituante şi armonia personalităţii ţine de echilibrul dintre ele.

Endocrinologia ne arată că turburări umorale modifică atât constituţia psihică cât şi constituţia fizică. Astfel corelaţia dintre fenomenele psihice şi cele fizice observate de cei vechi, în chip empiric găsesc un început de confirmare în studiile cu totul recente care au de obiect ceiace se numeşte constituţie, şi care nu este decât o veche construcţie hippocratică întinerită şi discutată pe baze noui.

Intr'o altă ordine de idei cercetările moderne asupra constituţiei urmăresc şi un alt scop. Ele tind să modereze excesul doctrinei Pasteuriene asupra rolului microbilor în producerea bolilor. Rolul microbilor a fost exagerat şi constituţia bolnavului uitată. In faţa condiţiunilor exogene, şcoala italiană caută să clădească o etiologie endogenă, constituţională.

Cum în orice boală infecţioasă sunt doi factori de considerat, microbul de o parte şi bolnavul de altă parte, trebuie studiat cu atenţie şi acest al doilea factor, care fusese lăsat în umbră în timpul marelui avânt al cercetărilor medicale care a urmat descoperirei microbilor. Şi aci regăsim o veche idee hippocratică, căci «dacă ne întrebăm — zice Hippocrat — dece unele boli atacă numai anume indivizi, voi răspunde: pentrucă corp diferă de corp, constituţie de constituţie». Medicina modernă exprimă aceiaş ideie când zice că nu există boale ci numai bolnavi.

Umorismul neo-hippocratic pătrunde astăzi şi în terapeutică. Pesonalitatea

TERAPIA CU VITAMINA

B_1

BETAXIN

In nevrite şi nevralgii, nevritele sarcinei şi lehuziei, polinevrită, nevrită alcoolică şi nevrită optică, nevralgii intercostale şi trigeminale, sciatică, apoi în beri-beri, mielită funiculară şi paralizii postdifterice.

AMBALAJE ORIGINALE:

Betaxin-tablete : Tub cu 20 şi flacon cu 100 tablete de 1 mg vitamină B_1
Betaxin-fiole : Cutii cu 3 şi 15 fiole de 1 cmc. (conţinând câte 2 mg vitamină B_1)
Betaxin-fiole «forte» : Cutii cu 3 şi 15 fiole de 1 cmc. (conţinând câte 10 mg vitamină B_1)

TERAPIA CU VITAMINA

C

CANTAN

In diateze hemoragice, hemoragii, scorbut şi predispoziţie spre infecţiuni. In boale infecţioase pentru compensarea consumului mărit de vitamină C. In vărsăturile sarcinei, paradentoze, carii etc.

AMBALAJE ORIGINALE:

Cantan-tablete : Tub cu 10 şi 20, flacon cu 250 tablete de 0,05 g.
Cantan-fiole : Cutii cu 5 şi 20 fiole de 2 cmc. (2 cmc = 0,1 acid l-ascorbinic)
Cantan-fiole „forte" : Cutii cu 3 şi 15 fiole de 5 cmc. 5 cmc = 0,5 g. acid l-ascorbinic.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN A./RH.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala : Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 37-22.

VERODIGEN

Preparat de Digitală

Acţiune rapidă şi toleranţă excelentă.

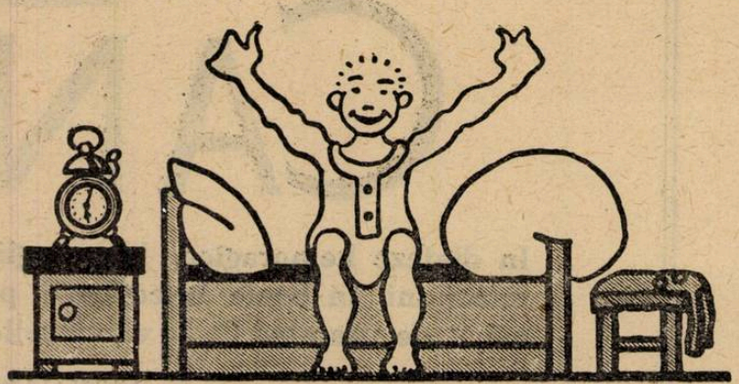
La edeme

Verodigen compositum

Comprimate
Granule
Supozitoare

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM—WALDHOF
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

NOCTAL



DECI:

DEŞTEPTARE VIOAIE FĂRĂ TOROPEALĂ!

Hipnotic şi sedativ foarte activ şi totuşi **lipsit de pericol.** Garantează acţiune rapidă şi **degredarea complectă în scurt timp. Tentativele de sinucidere sunt fără urmări letale**

1814 125 ANI 1939

J. D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK,

Bucureşti III. Str. G-ral Eremia Grigorescu No. 6

umorală care se găseşte la baza constituţiei noastre şi ne face să fim diferiţi de ceilalţi, cere ca şi terapeutica să fie *individuală*. Un grup întreg de medicaţii formează aşa numita *biophylaxie*. Toate aceste fapte care sunt încă în studiu ţin de personalitatea umorală şi de constituţie. Astfel tendinţele actuale ale *terapeuticei constituţionale* se găsesc influenţate de evoluţia doctrinelor medicale şi rolul de căpetenie ce se atribuie predispoziţiei individuale este o întoarcere la ideile hippocratice.

Meteoropatologie. — Influenţe sezoniere. — Omul nu este egal cu sine însuşi de-alungul anului. Pe măsură ce anul înaintează şi trece prin alternative de cald şi frig, de umiditate şi uscăciune, corpul sufere modificări umorale. Hippocrat credea că există un ritm sezonier al funcţiunilor organismului. Este o ideie fecundă pe care Hippocrat a desvoltat-o cu succes şi pe care ştiinţa modernă este încă departe de a o fi lămurit. După ce a arătat că climatul, sinteză a elementelor telurice şi meteorologice ale unei regiuni imprimă asupra omului acţiunea sa, el afirmă că şi anotimpurile determină în organism modificări umorale:

«Toate umorile care există în corpul «omului sunt sub influenţa anotimpu-«lui în curs, când în mai mare, când «în mai mică cantitate, fiecare după «proporţia şi după natura sa».

Această noţiune hippocratică a influenţelor sezoniere are o valoare ştiinţifică mai mare decât aceia a climatului. Cercetările moderne dovedesc deja că există oscilaţii sezoniere ale fosforului sanguin care se coboară în timpul ernei şi creşte în timpul verei, iodul glandei tiroide, imaginea capilaroscopică cutanată, forţa musculară, excitabilitatea vaso-motorilor şi greutatea unor organe variază după anotimp. Ca şi mamiferul în stare de hibernaţie, omul este supus unui ritm fiziologic sezonier.

Modificările umorale sezoniere au permis lui Hippocrat să creeze *patologia sezonieră* care nu este decât expresiunea periodicităţii funcţiunilor unor organe. El a observat influenţa sezonieră asupra isbucnirii şi desvoltării unor boli-epidemii; este acel geniu **epidemic** pe care ştiinţa modernă încearcă să-l desluşească.

Găsim astfel în Hippocrat bazele *Meteoropatologiei*, «ştiinţă nouă» cum o numeşte Mouriquand, destinată să explice multe fenomene încă obscure din domeniul patologiei clasice. Distincţia pe care ştiinţa modernă o face între indivizii meteorolabili şi meteorostabili a fost întrevăzută de Hippocrat. El a mai constatat că o boală prezintă totdeauna aceiaş curbă sezonieră, constatare care astăzi ia caracterul unei legi biologice. Studiul meteoropatologiei deschide perspective noui asupra unui capitol prea puţin cunoscut din fiziologia umană, acela al *ritmului funcţiunilor organismului.*

Influenţele cosmice, cosmo-biologie. — Influenţele cosmice formează punctul culminant al etiologiei hippocratice, căci ele rezumă toate influenţele mediului. Influenţa acestor fapte este considerabilă în biologie şi s'ar putea zice că astăzi ştiinţa modernă după ce a privit mult timp în interiorul organismului, începe pe abia să privească în afară către mediul cosmic, aşa cum o cerea Hippocrat, şi în acest domeniu cercetările sunt abia la început. In această ramură a biologiei cunoştinţele de anatomie sunt mai puţin necesare, de aceia Hippocrat insistă dese ori asupra legăturilor incontestabile cari există între mediul cosmic şi om:

«Dacă s'ar obiecta că toate acestea «sunt de resortul meteorologiei, se va «înţelege totuşi după oarecare reflec-«ţie, că astronomia, departe de a fi de «mică folosinţă medicului, îi este de «mare ajutor».

Se poate vedea că sensul termenului «meteora» este pentru Hippocrat altul decât pentru noi, care înţelegem prin el numai fenomenele cari se petrec în atmosfera terestră, pe când Hippocrat cuprindea în el toate fenomenele cari au loc în regiunile superioare adică toate influenţele cosmice.

Se poate zice că în unele privinţe concepţiile hippocratice asupra influenţelor cosmice, în aparenţă ipotetice, au fost depăşite de unele cercetări moderne. Se studiază astăzi influenţele electro-magnetice asupra sănătăţei şi asupra bolilor. Se fac încercări pentru a neutraliza influenţa lor căreia i se atribuie un rol în isbucnirea unor boli. Activitatea solară pare de o importanţă capitală şi statisticile arată că epidemii ca ciuma, holera, gripa, au apărut la epoci de mare activitate solară.

Congresul de igienă din Paris din 1934 a studiat influenţele telurice şi cosmice asupra sănătăţii. S'ar părea că citim un text hippocratic când ni se spune că pentru a dormi bine trebuie să fim culcaţi cu capul spre nord, şi pentru a lucra cu spor să ne aşezăm cu faţa spre vest, fapte demonstrate prin experienţe de laborator şi observaţiuni clinice. Nu trebuie deci să ne mirăm dacă întâlnim la fiece pas în Hippocrat influenţa Pleiadelor asupra bolilor, aceia a stelei Arcturus asupra constituţiei, a lunei asupra umorilor şi fluxului menstrual, ca şi asupra fluxului şi refluxului mării.

Astfel *cosmobiologia*, ştiinţă nouă, care îşi propune să studieze influenţele cosmice, nu este după cum spune Prof. Pende decât o întoarcere triumfală a biologiei hippocratice.

REVISTA CARŢILOR

Problema sinuciderilor de **Dr. Th. Vasiliu**, Sub-Directorul Institutuiui Medico-Legal «Prof. Dr. M. Minovici»

Un fapt de o extremă importanţă se poate constata cu toată evidenţa: numărul sinuciderilor creşte în proporţiuni îngrijorătoare. Traiul zbuciumat în mijlocul societăţii, complicaţiunile mereu crescânde ale vieţii de relaţie, lupta pentru existenţă, tendinţa de a realiza un ideal şi imposibilitatea de a ajunge la el, ritmul prea acut al civilizaţiunii, toate acestea împiedică fericirea şi distrug elanul vital ducând la sinucidere.

Intru cât nu se poate pătrunde în intimitatea fenomenului, pentru a se cunoaşte adevăratul mobil al crimei, (pentrucă sinuciderea nu este în fond decât omucidere, adică atentat la viaţa colectivă), un studiu asupra acestei probleme nu poate fi decât statistic. Aceasta a făcut-o d. dr. Teodor Vasiliu, într'o lucrare de 82 de pagini, expunând cazurile de sinucideri cari au fost înregistrate la Institutul Medico-Legal, dela anul 1891, data înfiinţării, până la anul 1937. Din 27.912 de autopsii efectuate, în acest interval de 37 ani, au fost 2617 cazuri de sinucideri.

Se poate vedea din curbele statisticei ale acestui studiu că sinuciderile sunt mult mai frecvente la bărbaţi decât la femei: femeile sunt în genere mai blânde, mai puţin violente, se dedau — mai cu greu — la acte de distrugere, au constituţiunea fizică mai delicată, sunt mai puţin energice, se resemnează în faţa durerilor.

Cel mai mare procent de sinucideri, îl dă fără îndoială vârsta adultă: intensitatea fenomenelor vitale, pubertatea, turburările din partea glandelor cu secreţiune internă, decepţiunile sentimentale, deziluziile, pasiunile, etc. măresc numărul acelora cari recurg la sinucidere.

Dintre profesionişti, muncitorii calificaţi, ca şi muncitorii necalificaţi, dau cel mai mare număr de sinucigaşi. Un rol important în sinucidere trebue acordat condiţiunilor atmosferice; lunile de vară dau cel mai ridicat procent de sinucigaşi.

Printre cauzele sinuciderilor trebuesc enumerate mizeria, bolile incurabile, decepţiunile sentimentale, neînţelegerile familiare, teama de urmărire, alienaţiunea, jena financiară, alcoolismul.

Lucrarea d-lui dr. Th. Vasiliu nu este numai un studiu în soluţionarea unei probleme atât de dificilă ca aceea a sinuciderilor, ci un document de o reală valoare statistică, care umple un gol în literatura noastră medico-legală.

Dr. I. STĂNESCU

TRATAMENTUL PELAGREI CU ACID NICOTINIC

de Prof. Dr. P. TOMESCU, Dr. I. COSMULESCU şi Intern C. DANIEL

Incă din 1911, în încercările făcute pentru a scoate din drojdia de bere şi din tărâţele de orez substanţa activă în Beri-beri, Funk izolează un complex în care găseşte şi acidul nicotinic. Fără a-i atribui un rol curativ în polinevrita aviară, el îi recunoaşte totuşi un oarecare rol ajutător.

In 1937 Elvehjem, Madden, Strong şi Wooley izolează la rândul lor amida acidului nicotinic din extractele de ficat cu care vindecau «black-tongue»-ul câinelui, maladie asemănătoare, dacă nu identică pelagrei omului. Ei demonstrează că această amidă, ca şi acidul din care provine, vindecă sau previne sindromul pelagros al câinelui.

Spre sfârşitul aceluiaş an, Spies, Cooper şi Blankenhorn, Fouts, Helmer, Lepkovsky şi Jukes, Smith, Ruffin şi Smith, în America, Harris în Anglia, comunică primele rezultate de pelagră umană tratată, cu succes, prin această substanţă.

In cursul ultimilor 2 ani, 1938 şi 1939, Spies împreună cu o întreagă echipă de colaboratori şi anume: Aring, Ashe, Bean, Blankenhorn, Cooper, Cross, Gelperin, Grant, Mc Lester, Sasaki, Vilter, Vilter şi Zschiesche revin într'o întreagă serie de lucrări asupra acidului nicotinic în pelagră, căutând să precizeze între altele, posologia acestei substanţe şi efectele ei terapeutice.

Ei conchid, după o experienţă de aproape 2 ani, că acidul nicotinic, amida acestui acid precum şi nicotinatul de sodiu sunt eficace în pelagră. Administrarea se face per os, în tablete sau capsule, sau parenteral, disolvat în ser fiziologic. Administrarea per os este de preferat, dacă nu sunt turburări de absorbţie prea grave. Dozele optime variază probabil foarte mult dela caz la caz, dar în general 500 mg. administrate zilnic, în doze fracţionate a 50 mg. sunt bine tolerate şi eficace. Totuşi în cazurile uşoare, chiar 50 mg. zilnic pot avea un bun efect curativ. In fine cazurile foarte severe, rare, pot necesita chiar 1000 mg. zilnic.

Administrarea de doze mici, 50 mg. la câte o oră interval este mai eficace decât o singură doză de 500 mg.

Parenteral dozele variază între 40—80 mg. zilnic, în doze fracţionate de 10—15 mg.

Amida nicotinică sau nicotinatul de sodiu se dă în doze asemănătoare cu cele de acid nicotinic.

Spies insistă asupra faptului că acidul nicotinic trebue administrat concomitent cu o dietă bogată în calorii şi bine echilibrată, el reprezentând numai una dintre substanţele de care sunt carenţaţi pelagroşii.

Administrat în cantitate adecuată, acidul nicotinic, după autorii americani, modifică după 12 ore şi vindecă după 24—48 ore leziunile mucoaselor: stomatită, glosită, vaginită, uretrită; se vindecă repede şi turburările digestive. Roşeaţa pielei se ameliorează şi ea destul de repede; când continuitatea pielei este întreruptă, când leziunile sunt umede sau ulcerate, descuamative sau pigmentate, acţiunea este mult mai înceată. Turburările mintale acute, instalate de scurt timp, se vindecă impresionant de repede, în 24—48 ore. Dacă însă ele au fost netratate de săptămâni sau luni, acidul nicotinic le influenţează mai cu încetul şi câteodată remisiunea completă nu se poate obţine.

Acidul nicotinic nu influenţează nevrita periferică a pelagroşilor, care răspunde bine la tratamentul cu vitamina B^1; deasemeni el nu influenţează semnele deficienţei în riboflavină: anume eroziuni ale mucoasei bucale (Sebrell şi Butler), scuame şi crăpături la colţurile gurii, asprimea pielii din jurul gurii şi a vârrfului nasului cu porii dilataţi, plini de materie sebacee, în fine, anume semne conjunctivale cu senzaţie de nisip în ochi şi care se vindecă prin tratamentul specific, cu riboflavină.

Se pare însă că invers, riboflavina în doza de 5 mg. zilnic creşte în multe cazuri eficacitatea acidului nicotinic.

Toţi autorii, americani, englezi, italieni, spanioli, olandezi, germani sau români, care între timp au aplicat tratamentul cu acid nicotinic sau cu amidă nicotinică la pelogroşi, au obţinut în general rezultate bune, confirmând astfel în total sau cel puţin numai în parte, rezultatele lui Spies.

Deosebiri sunt în timpul scurs până la vinderacera semnelor aparente de pelagră, sau în obţinerea vindecării numai a unora dintre semnele maladiei.

In timpul din urmă Spies şi colaboratorii săi stăruesc şi asupra efectului bun pe care acidul nicotinic îl are în pelagra subclinică, pelagră fără semne cutanate şi fără turburări gastro-intestinale serioase. Aceste cazuri ar fi cu mult mai des întâlnite, decât pelagra clasică, ele fiind înglobate până acum în grupul vast al neurastteniei. Aceşti bolnavi, în general cu un regim alimentar defectuos, se plâng de lipsă de poftă de mâncare, limba încărcată, indigestii repetate, arsuri la epigastru, alternanţe de constipaţie cu crize abdominale dureroase, cu diaree, senzaţii neplăcute ale pielii sub formă de arsuri sau înţepături, nervosism, iritabilitate, depresiune, insomnie, oboseală, turburări ale memoriei şi atenţiei, fuga ideilor, aprehensiune, pierderea forţelor.

Efectul bun al acidului nicotinic şi al regimului echilibrat în unele din aceste cazuri, a fost confirmat şi de Mc. Lester.

In sfârşit, Cleckkey, Sydenstricker şi Geeslin tratează cu acid nicotinic cazuri de stupoare cu depresiune sau delir, fără cauză organică decelabilă, fără semne cutanate de pelagră, actuale sau în antecedente, fără diaree, prezentând doar o glosită roşie cu ulceraţii şi obţine un efect curativ remarcabil. Aceasta îi face să creadă că acest fel de cazuri constitue o formă clinică specială de pelagră, pelagra cerebrală.

Concomitent cu lucrările de terapeutică citate, au apărut încă o întreagă serie de publicaţiuni, în care se expun rezultatele a numeroase cercetări întreprinse cu scopul de a preciza rolul biologic al acidului nicotinic şi al substanţelor chimiceşte înrudite. Ele au făcut obiectul unei reviste generale a lui L. Justin Besançon în «Presse Médicale» din 4 Martie 1939.

* * *

Am întrebuinţat acidul nicotinic la 26 de bolnavi de pelagră, internaţi în Clinica de Psihiatrie din toamna anului 1939 până în prezent.

Acestor bolnavi li se dădea regimul antipelagros, adică regimul obişnuit de spital, cu suplimente bogate în protide: lapte, brânză, ficat, etc.

Am procedat astfel întrucât scopul cercetărilor noastre nu era de a vedea dacă acidul nicotinic este sau nu vitamina antipelagroasă, ci a ne da seama întrucât întrebuinţarea acestei substanţe în terapia pelagrei constitue sau nu un progres.

De aceea la început, unora dintre bolnavi le-am dat şi drojdie de bere (11 cazuri) şi numai după ce ne-am convins de eficacitatea acidului nicotinic am suprimat această medicaţie. Dealtfel, în multe din cazurile tratate cu acid nicotinic şi cu drojdie de bere, rezultatele au fost mediocre sau chiar nule în special în ceeace priveşte modificarea turburărilor mintale. Vom reveni mai târziu asupra acestor observaţii spre a interpreta nereuşita tratamentului.

Am întrebuinţat o soluţie de 1% de acid nicotinic Schuardt sau Merck, procurat din comerţ; calea administrării a fost cea intramusculară şi cea bucală, exclusiv sau combinată. Cantitatea pro dosi a variat pentru injecţiile intramusculare între 10 — 15 cc. din soluţia de 1%, adică 100 — 150 mg. pro die între 1 — 3 injecţii.

In majoritatea mare a cazurilor, injecţiile sunt foarte puţin dureroase; totuşi au fost cazuri în cari ele nu au putut fi tolerate, aşa că ne-am mărginit a aplica tratamentul doar pe cale bucală.

PROVEINASE MIDY

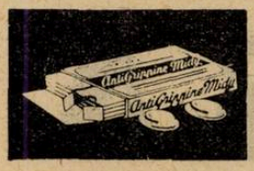
(COMPRIMATE)

REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOASE

POMMADE MIDY
SUPPOSITOIRES MIDY

MEDICAȚIA RAȚIONALĂ A HEMOROIZILOR

ANTIGRIPPINE MIDY



(CAȘETE)

REMEDIU SUVERAN CONTRA GRIPEI ȘI COMPLICAȚIILOR SALE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

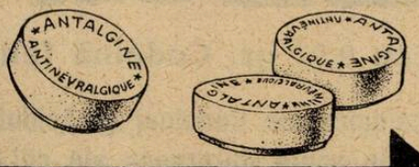
Eșantioane și Literatură: I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREȘTI, 4

Gripa

JUGULEAZĂ PUTERNIC

ANTALGINE

CAȘETE



FĂRĂ BARBITURICE FĂRĂ OPIACEE

• 2-4 PE ZI •

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

CHIMIOTERAPIA GRIPEI
ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

cu GERMICID
DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

INHALOSA
DR. WANDER
TABLETE PENTRU INHALAŢII

In afecţiunile acute şi cronice ale căilor şi organelor respiratorii

OL. PINI
OL. MENTHAE
OL. LAVANDULAE
TERPINEOL
EUCALIPTOL
CLORURA DE SODIU

O nouă sare a CODEINEI

CODELUM DR. WANDER
Tablete cu 0,01 gr. Codeină feniletilbarbiturică

CODELUM FORTE
Tablete cu 0,02 gr. Codeină feniletilbarbiturică

Intruneşte proprietăţile farmacologice ale Codeinei şi Acidului feniletilbarbituric cu efect potenţat. Calmează tusea în toate afecţiunile acute dureroase ale căilor şi organelor respiratorii.

Mostre şi literatură trimite la cerere
DR. WANDER
Societate pe Acţiuni
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

Per os am dat pro dosi 10 — 15—20 cmc., adică 100 — 150 — 200 mg., pro die până la 100 cc., sau un gram acid nicotinic.

Metoda cea mai bună ni se pare a fi tratamentul combinat şi anume: 2 — 3 injecţii de câte 150 mg. zilnic asociat cu odată sau de două ori câte 200 mg. per os. In adevăr, dacă turburările funcţionale, gastro-intestinale împiedică absorbţia acidului nicotinic, este logic să-l administrăm parenteral. Totuşi am avut rezultate bune în cazul când a fost administrat numai pe cale bucală.

Urmând schema de mai sus, vedem că doza zilnică de acid nicotinic ce ni se pare optimă, variază între 500—750 mg. zilnic, dar am avut rezultate foarte bune şi cu o cantitate mai mică.

Timpul cât am administrat acidul nicotinic a variat între 10—62 zile, de cele mai multe ori 20—30 zile. Acest ultim interval ni se pare suficient. Totuşi am avut rezultate bune şi după o administrare de mai puţine zile.

Trebue să adăugăm că, după semnele pe cari le prezintă bolnavul, succesul tratamentului se observă din primele zile. Avem impresia că dacă după prima săptămână nu observăm o ameliorare manifestă, tratamentul este inadecuat.

In aproape toate cazurile am observat la 5 — 10 minute după injecţia acidului sau ceva mai târziu, după ingestie, roşeaţa feţii, pieptului şi braţelor, cu senzaţia de căldură, câteodată de tensiune, fenomene cari încetau după 15 — 30 minute şi cari au fost observate de toţi cei ce au întrebuinţat această terapeutică.

Nu am observat fenomene mai grave de intoleranţă, dureri în ceafă, vărsături, erupţie urticariană, leşinuri ca cele observate de Rachmilewitz şi Glueck sau Manson-Bahr şi Ransford.

* * *

Observaţiile noastre se pot împărţi în cinci grupe:

In prima grupă — de 14 cazuri — avem bolnavi care prezentau toate cele trei categorii de semne de pelagră — cutanate, digestive şi psihice, mai mult sau mai puţin acute şi intense. In a doua grupă — (3 cazuri) — punem bolnavii prezentând doar turburări cutanate şi psihice.

In a treia grupă — (4 cazuri) — avem bolnavi cu turburări cutanate şi digestive sau numai cu turburări cutanate.

In a patra grupă — (3 cazuri) — este vorba de 3 bolnave cu turburări psihice grave şi cu semne cutanate de veche pelagră.

In a cincea grupă avem deaface cu 2 cazuri de asociaţie de paralizie generală — pelagră, într'un caz pelagra fiind acută, în celălalt cronică.

Din studiul bolnavilor noştri, am constatat că acidul nicotinic nu are aceiaşi eficacitate în toate cazurile în care l'am întrebuinţat. Deasemenea acţiunea sa terapeutică e, din punctul de vedere al timpului minim în care se face simţită, diferită după categoria turburărilor care constituesc sindromul pelagros.

Astfel turburările digestive şi în special diareea se ameliorează în toate cazurile noastre (12) chiar din a 2-a sau a 3-a zi dela aplicarea tratamentului, câteodată chiar dela primele doze de acid nicotinic. Este un progres remarcabil faţă de metodele terapeutice de până acum. Din acest punct de vedere vom cita cazul unei bolnave ale cărei turburări intestinale nu se modificaseră cu nimic după 7 zile de regim antipelagros, drojdie de bere şi acid clorhidric + pepsină şi la care diareea dispare a 3-a zi după începerea tratamentului cu acid nicotinic.

Deasemenea durerile epigastrice abdominale, colicile scad din primele zile spre a dispare în genere spre sfârşitul primei săptămâni. Tot astfel din primele 2—3 zile se ameliorează senzaţiile neplăcute la nivelul mucoasei bucale, vindecarea obiectivă obţinându-se ceva mai târziu, dar mult mai repede ca prin metodele de până acum.

Din punctul de vedere al turburărilor cutanate, cele subiective — senzaţia de arsură la nivelul eritemului pelagros — cedează repede, a doua sau a treia zi, ceea ce produce multor bolnavi o uşurare manifestată printr'o senzaţie specială de bine.

Turburările cutanate obiective — eritem, descuamaţie, pigmentare, etc. — sunt influenţate în general mai tardiv; din acest punct de vedere progresul realizat prin terapia cu acid nicotinic nu ni se pare prea important.

Din punct de vedere al turburărilor mintale, rezultatele sunt diferite după sindromele prezentate de bolnav, deci după puritatea lor din punct de vedere etiologic clinic şi poate şi după vechimea lor.

In 12 cazuri cu turburări mintale acute, clasice, de pelagră, rezultatele au fost remarcabile; agitaţia psihomotorie cedează dela a doua, a treia zi bolnavul liniştindu-se în general mult înaintea sfârşitului primei săptămâni; fenomenele confuzive se amendează şi ele, bolnavul devenind complet orientat la sfârşitul primei săptămâni.

Depresiunea sau excitaţia, deşi ameliorate destul de repede, totuşi sunt influenţate în general mai cu încetul, ele amendându-se ceva mai târziu, spre sfârşitul celei de a doua săptămâni.

Trebue să spunem că şi cu tratamentele de până acum ale pelagrei am putut obţine vindecarea turburărilor mintale acute ale pelagrei, dar într'un timp mai mult îndelungat. Vindecările rapide erau excepţionale. Prin întrebuinţarea acidului nicotinic vindecarea grabnică devine regulă cea târzie sau nereuşita excepţie.

Vom stărui ceva mai mult asupra cazurilor în care rezultatele au fost mijlocii sau nule.

Astfel am avut doi bolnavi cu turburări digestive şi cutanate, cu stare de agitaţie psihomotrice la care se adăoga şi fenomene schizoide. Turburările digestive şi cele cutanate, starea de agitaţie s'au amendat în limitele obişnuite observate şi la ceilalţi bolnavi. Turburările schizoide dimpotrivă, n'au fost influenţate, ba s'au agravat chiar.

La o altă bolnavă, eritemul pelagros a apărut în timpul unei confuzii mintale agitate puerperale; eritemul a cedat cu destulă rapiditate, turburările mintale însă s'au ameliorat cu încetul.

Intr'un alt caz avem de aface cu o maniaco-depresivă, la care eritemul şi turburările digestive de mică intensitate au apărut în timpul unui acces hipomaniacal; prin tratamentul cu acid nicotinic, turburările cutanate şi digestive au cedat în limitele obişnuite cu acest tratament; excitaţia maniacală nu a fost influenţată însă. Ea s'a amendat ulterior prin piretoterapie.

O altă observaţie se referă la o bolnavă care prezenta un sindrom maniacal tipic, iar ca semne de pelagră numai atrofia pielei dosului mâinilor şi picioarelor. Nici aici tratamentul cu acid nicotinic nu a avut nici un rezultat, bolnava ameliorându-se ulterior în urma piretoterapiei.

In sfârşit într'o ultimă observaţie turburările mintale au apărut concomitent cu turburări menstruale, iar semnele de pelagră se mărgineau la o atrofie a pielei dosului mâinilor cu uşoară descuamaţie.

Faţă de acţiunea remarcabilă pe care tratamentul cu acid nicotinic o are asupra turburărilor mintale acute în cazurile de pelagră clasică, cu turburări digestive şi cutanate acute, cu stare de agitaţie psihomotorie şi fenomene confuzionale depresive, ni se pare că putem explica lipsa de acţiune terapeutică asupra unora dintre turburările mintale din cazurile expuse mai sus, prin aceea că în aceste cazuri, pelagra nu intră probabil ca factor etiologic principal în producerea acestor turburări.

In adevăr, într'un caz etiologia puerperală este evidentă, ea declanşând poate şi puseul de pelagră. La o veche pelagroasă într'o altă observaţie turburările mintale pot fi puse în legătură cu modificările endocrine ale

menopauzei. In 2 cazuri avem de face cu fenomene schizoide, care nu intră printre turburările mintale clasice ale pelagrei, în sfârşit alte 2 bolnave prezentau sindrome maniacale pure, deasemeni excepţionale ca manifestare de pelagră. Se poate admite că în aceste cazuri avem de face cu vechi pelagroşi la care se desvoltă maladii mintale constituţionale, favorizate poate da puseul pelagros acut sau poate favorizând ele înseşi prin turburările pe care le produc în alimentarea bolnavilor, procesul de pelagră.

In sfârşit, într'unul din cazurile noastre, lipsa de eficacitate a acidului nicotinic poate fi pusă pe seama lungei evoluţii a boalei — 18 ani dela primul puseu pelagros, aproape un an dela instalarea turburărilor mintale.

*

Din cele expuse mai sus, se vede că întrebuinţarea acidului nicotinic în tratamentul pelagrei constitue un progres remarcabil.

Doza optimă pare a fi între 500-700 mg. zilnic, administrate fracţionat şi combinat, pe calea intramusculară şi bucală timp de 20-30 de zile.

Eficacitatea, deci şi oportunitatea tratamentului se arată încă din primele zile.

Se ameliorează şi dispar mai întâi turburările digestive şi turburările cutanate subiective, apoi cele mintale, în urmă turburările obiective cutanate.

Dintre turburările psihice, acidul nicotinic nu influenţează decât pe cele clasice, caracteristice pelagrei: agitaţia confuzivă deprimată. El nu vindecă alte psihoze care se pot desvolta la un pelagros.

Rapiditatea cu care acidul nicotinic îşi exercită influenţa lui binefăcătoare în cazurile aducuate, scurtează timpul de internat în spital. Pe de altă parte acidul nicotinic e puţin costisitor, preţul unui gram fiind între 5—7 lei.

Sunt încă două elemente ce pledează mult pentru întrebuinţarea cât mai întinsă a acestei substanţe în tratamentul pelagrei.

Cât timp se menţin aceste rezultate?

Se poate spune teoretic că dacă se urmează regim alimentar echilibrat şi îndestulător în calorii, acestea se păstrează nedefinit. Dacă însă se revine la vechile obiceiuri alimentare, e normal ca să apară reşute, tratamentul prin acid nicotinic fiind, cel puţin în parte, un tratament de substituţie, iar această substanţă ne având, se pare, proprietatea de a se acumula în rezervă în organism.

Noi nu avem ştiri dela bolnavii care au părăsit serviciul, vindecaţi prin acid nicotinic, că ar fi avut din nou turburări de pelagră.

Spies şi colaboratorii săi însă, la bolnavii ţinuţi la un regim pelagrogen şi trataţi cu acid nicotinic, au observat în anume cazuri, reapariţia turburărilor şi acelaş lucru îl constată şi Sydenstriker.

In sfârşit, mai trebue să adăugăm câteva cuvinte şi despre tratamentul preventiv al pelagrei prin acid nicotinic.

Incă dela primul caz de pelagră tratat cu succes prin acid nicotinic, Smith, Ruffin şi Smith emit părerea că în regiunile cu endemie pelagroasă, ar trebui dat populaţiei acid nicotinic amestecat cu sare, aşa cum se dă iodul în regiunile cu guşă.

Spies, Grant, Stone şi Mc Lester, în încercările lor de tratament preventiv, insită asupra variabilităţii dozelor necesare dela un caz la altul, după dezechilibrul mai mult sau mai puţin intens al regimului, după anotimp; deasemeni munca grea, infecţiunile, cresc nevoia în acid nicotinic. Schmidt şi Sydenstriker, dând de 2 ori pe săptămână câte 100 mg., timp de 6 săptămâni, nu obţin rezultate preventive satisfăcătoare. Dimpotrivă, 90 gr. de drojdie de bere (corespunzând la 15 mg. acid nicotinic) zilnic, împiedică apariţia turburărilor clinice. Aportul calorific al drojdiei de bere (300 cal.) aportul în proteine (40 g.), aportul în celelalte vitamine din complexul B, nu trebue neglijat la interpretarea acestor rezultate.

Chestiunea tratamentului preventiv este încă în studiu şi experienţe vaste sunt întreprinse la Institutul Naţional de Sănătate al Statelor Unite la spitalul din Milledgeville, Georgia şi în Mississippi.

In ceea ce priveşte modul acţiunii acidului nicotinic, rămâne încă un câmp larg deschis fiziologilor şi farmacologilor de a decela dacă el lucrează numai ca o vitamină sau şi ca un medicament şi de a preciza mecanismul acţiunii lui.

Contribuţiuni la tratamentul hemoragiilor genitale prin hipofuncţiunea ovariană

de Dr. MARIA ALEXIU şi Dr. ELISABETA FLORIAN

Noile cercetări hormonale au dat rezultate importante pentru înţelegerea diferitelor hemoragii genitale a căror clasificări de până acum ca: hemoragii de pubertate, de hiperovarii, de premenopauză, etc. nu făceau decât să confunde simptomul cu afecţiunea şi la care tratamentul era doar simptomatic.

Cel dintâi punct de stabilit când ne aflăm în faţa unei hemoragii genitale este dacă hemoragia are loc în piaga uterină menstruală, sau după cum se exprimă *Damm*, dacă este vorba de o sângerare ciclică, patologic modificată — o menoragie — sau o sângerare aciclică, — metroragie. Pentru o bună înţelegere a acestor modificări menstruale e necesară o recapitulare a proceselor fiziologice ciclice care au loc sincron în ovar şi uter, precum şi abaterile lor dela normal.

Ciclul menstrual normal se desfăşoară în două faze. In prima jumătate a ciclului se maturează foliculul şi endometrul îşi face prima dezvoltare, aşa numita fază de proliferare. După aceasta foliculul se rupe şi se transformă în corp galben. Mucoasa uterină creşte mai departe şi se transformă în secretorie, adică glandele produc mucus şi glicogen. Când corpul galben degenerează, mucoasa uterină se alterează şi descuamă, — producând menstruaţia.

Clauberg a stabilit la şoareci două forme de cicluri, un ciclu pregravidic, sau ciclu împlinit care durează 9—10 zile şi care se termină cu regresarea corpului galben şi este expresiunea funcţiunii generative a ovarului, şi ciclul neîmplinit, care durează 4—5 şi se termină cu atrezia foliculară şi reprezintă un rol important în funcţiunea vegetativă a ovarului.

Acelaş lucru s'a stabilit şi la maimuţe, care prezintă două tipuri de menstruaţie: una adevărată, în cadrul unui ciclu ovulatoriu şi sângerări regulate fără prezenţa ovulaţiei, pe care Schröder le-a numit «Pseudomenstruaţie». Aceste variaţiuni în ciclul sexual par a depinde de factori externi: anotimp, hrană, etc.

Dat fiind asemănarea sexual biologică între om şi maimuţă s'a încercat să se explice tot în acest mod şi cazurile neclare de sterilitate la femee. S'au găsit astfel cicluri menstruale fără ovulaţie într'un procent de 24% — 56%.

Funcţiunea vegetativă a ovarului, după noile cercetări activează chiar din copilărie creşterea şi tonusul uterin şi această funcţiune rezidă în sistemul folicular atretic. Hormonul folicular are prin urmare o dublă acţiune asupra uterului: a) provoacă dezvoltarea uterului într'un organ care va fi în stare să suporte o sarcină. (acţiune aciclică vegetativă) şi b) pregăteşte endometrul în prima fază pentru a doua fază — cea secretorie (funcţiune ciclică generativă), — după *Damm*.

Prin urmare când la femeia adultă ovarul nu va avea decât funcţiunea vegetativă, când maturarea foliculară

nu va ajunge la acel grad când are loc ruperea lui şi punerea în libertate a ovulului, tabloul afecţiunii se poate încadra în capitolul insuficienţelor ovariene. Această turburare funcţională poate fi rezultatul unei insuficienţe primare sau secundare, după cum alterarea a avut loc în ovarul însăşi sau a avut loc printr'un proces morbid în restul organismului. Insuficienţele ovariene secundare survin la femeile normal menstruate, fie în urma unei sarcini, în urma alăptării sau mai frequent în urma unui avort spontan sau provocat sau uneori fără o cauză aparentă.

Turburările de hipofuncţiune ovariană primară se exteriorizează prin modificări menstruale de ritm, de durată, de cantitate şi de durere. Modificările de ritm pot oscila dela câteva zile la câteva luni. Cazurile cele mai greu de diagnosticat sunt însă cele cu menstruaţii regulate, la fiecare 20—30 zile, care însă prezintă modificări în cantitate şi durată. Menstruaţiile abundente ţin între 6—12 zile, uneori cu chiaguri în primele zile şi prelungindu-se cu uşoare sângerări până la 10 zile. Menstruaţia obişnuită se însoţeşte de dismenoree (în 95% în cazurile noastre).

Dispareunia şi leucoreea exagerată este aproape întotdeauna prezentă.

La ex. clinic organele genitale externe uneori normale, alteori cu aspect hipolazic. Uterul întotdeauna cu aspect infantil, în anteflexiune exgerată, uneori cu ligamentele sacrouterine întinse sau în retroversiune mobilă.

Histerometria arată cifre care cu cât sunt mai mici, cu atât fac rezultatele mai greu de obţinut. După *Zondek* 6½ — 5½, reprezintă primul grad de hipoplazie — 5 — 3.5 cm. al doilea grad şi sub 3.5 al treilea grad. Mucoasa uterină recoltată înainte de menstruaţie, prezintă fază de proliferare cu glande sărac dezvoltate, adică cu semne de atrofie.

Care este mecanismul hemoragiilor?

Plaga uterină menstruală se vindecă de regulă în 5 zile. Momentul apariţiei menstruaţiei depinde de ovulaţie şi de durata corpului galben, adică periodicitatea este condiţionată de ovar. Gradul de sângerare depinde de alţi factori. S'a eliminat rând pe rând inflamaţia mucoasei, modificări vasculare, etc. rămânând implicat astfel (miometrul). Oprirea sângelui se face prin contracţia uterină în afară de vindecarea plăgei mucoase uterine.

Pentru prima oară *Theilhabev* a stabilit noţiunea de insuficienţă uterină. La uterele hipoplastice, celulele musculare sunt mai mici ca cele normale şi au o contractibilitate mai mică. Această hipoplazie este cauzată de insuficienţa vegetativă ovariană.

Iată aşa dar mecanismul prin care deficitul hormonal provoacă menoragia în hipoplaziile uterine. Această expunere ne duce în mod logic la instituirea tratamentului.

Tratamentul cu foliculină va constitui cea mai bună maturare a musculaturii. *Clauberg* recomandă o cură de 5 ori câte 50.000 u. i. într'un ciclu, cu grija de a administra hormonul în prima fază a ciclului. *Tietze* recomandă doze mai mici, de 5 ori câte 10.000 u. i. Primele injecţiuni se pot administra chiar în timpul hemoragiei, iar următoarele cu pauză de 3 — 5 zile. Experienţa a arătat că administrarea hormonului per os lasă numai 1/5 parte, chiar din cele mai bune preparate, să fie resorbite în tractusul intestinal. Tratamentul cu hormon al corpului galben nu are nici un scop în aceste cazuri, deoarece acţiunea acestuia se mărgineşte asupra endometrului.

In rezumat ne vom gândi la hemoragii prin hipofuncţiune ovariană în faţa cazurilor la cari metro sau menoragia nu însoţeşte leziuni utero-anexiale decelabile la examenul clinic, dar care survin la un aparat genital, prezentând semne de hipoplazie şi examenul mucoasei uterine premenstruale fiind atrofică în faza de proliferare.

Dintre pacientele cu hemoragii cari s'au prezentat la consultaţiile de gynecologie al spitalului nostru, am ales numai cazurile de menoragii adică pe acelea cari nu prezentau modificări de ritm, ca fiind cele mai dificile de diagnosticat. Am eliminat în cazurile neclare posibilitatea unei diateze hemoragice, precum şi posibilitatea unui sifilis căpătat sau moştenit. La multe dintre paciente s'a făcut un examen anatomo patologic al mucoasei deşi în cazurile tipice anamneza şi examenul clinic este suficient pentru diagnostic. N'am făcut nici o dozare a hormonului folicular în sânge şi urină, aceste determinări prezentând dificultăţi materiale si tehnice.

Din cazurile totale, 65% aveau şi dismenoree şi toate sterilitate. Tratamentul cu hormon folicular a fost aplicat sub formă de injecţiuni de câte 10.000 u. i. de două ori săptămânal şi în medie s'a adminisrat câte 60 — 70 mii u. i. lunar. La majoritatea pacientelor s'a administrat în ultima săptămână premenstruală şi corp galben câte 6 mg. total, pentru a preîntâmpina modificări chisto-glandulare ale mucoasei. După o lună de tratament la 40% menstruaţiile au fost normale ca durată şi cantitate; celelalte au fost ameliorate, am obţinut menstruaţii de 6 — 8 zile, acolo unde durau câte 12 zile. Dismenoreea n'a cedat în general după o lună de tratament, dar întotdeauna am obţinut rezultate bune după 2 — 3 luni. Rezultatele se menţin bune după un timp de 3 până la 18 luni. In toate cazurile cari au prezentat leucoree, vindecarea a mers odată cu a celorlalte turburări funcţionale; 3 cazuri prezentând migrene destul de des, au fost apreciabil ameliorate. Se observă o îmbunătăţire a stării generale, uneori cu creştere în greutate. In cazuri în cari hipoplazia era de gradul 1 sau 2 s'a obţinut o creştere a uterului până la dimensiuni normale, după 2 — 3 luni de tratament. In toate cazurile de ante-flexiune sau retro-versiune s'a obţinut corectarea deviaţiei, explicând astfel, poate în parte, amendarea formelor dureroase.

Pentru ilustrarea acestei expuneri prezentăm succint următoarele trei observaţiuni clinice:

Obs. 8, fişa 4335. — E. M., 31 ani, vine pentru menoragii, 10—12 zile, sterilitate, frigiditate, prurit vulvar. Menstruată la 16 ani migrene cu caracter catamenial. Examen genital: uter mic cât o alună, mobil, anexe libere. Examenul mucoasei uterine premenstruale arată faza de proliferare cu caracter de atrofie. După un tratament cu 100.000 u. ş., foliculină Boehring nu este ameliorată. După a doua lună de tratament menstruele 6 zile, migrenele au cedat. După un tratament de încă 3 luni, lunar 200.000 u. ş. (în injecţii de 30.000 u. ş.) menstre 3 zile, pruritul şi frigiditatea vindecate. Sterilă. Uter de mărime normală.

Obs. 13, fişa 3814. — I. L. 18 ani, virgină, vine pentru dismenoree, menoragii 8—10 zile. Menstruată la 15 ani, regulat, cu dureri intense, care o obligă să stea în repaos, migrene, tendinţă la vărsături. Tip infantil, înălţime 152 cm., greutatea 40 kg. Examen genital rectal: uter infantil, hipoplazic în retroversiune. Anexe libere. Menstruaţia normală cantitativ, cu dismenoree după o lună de tratament cu 60.000 u. i. foliculină şi 6 mg. corp galben. Dismenoreea cedează după a doua lună de tratament similar. Revine după 3 luni cu dismenoree. Se recomandă repetarea tratamentului, urmat de amendarea apreciabilă a fenomenelor dureroase.

Obs. 16, fişa 3612. — G. K. 24 ani, vine pentru menoragii, dismenoree şi sterilitate. Pubertatea la 16 ani, menstre normale ca ritm, f. abundente, 8 zile, dureroase. Căsătorită de 3 ani, nici o sarcină. Nimic patologic în antecedente. Habitus longilin, tip infantil. Examen genital: vulvă hipotrofică, col mic conic, corp uterin hipoplazic, dur, în anteflexiune exagerată şi retroversat. Anexele libere.

Se administrează foliculină de două ori săptămânal câte 10.000 u. i. După 70.000 de u. i., dismenoreea s'a atenuat, menstruaţia a durat 5 zile. După încă 2 luni de tratament cu 70.000 u. i. dimenoreea a dispărut, menstrele normale între 3 şi 4 zile.

NOTIȚE TERAPEUTICE

Tratamentul modern al afecțiunilor acute de nas, gât și urechi

de Dr. AL. SOCOLOVSCHIU
Specialist ORL, Policlinica Iași

Tratamentul diferitelor bolii infecțioase cu substanțe chimio-terapeutice specifice ocupă un loc de frunte în arsenalul medicului modern[1]). Din zi în zi se înmulțesc aceste preparate, farmaco-chimia căutând pe de o parte de a sintetiza substanțe noui cu efect specific și mai sigur, pe de altă parte în baza rezultatelor terapeutice, de a înlătura reacțiunile secundare neplăcute cari se ivesc în timpul tratamentului cu substanțele de mai sus.

Pe lângă combaterea bolilor infecțioase cu substanțele chimio-terapeutice specifice nu trebue uitată nici simptomatologia, luând în considerare organismul total și influențând procesele biologice în general.

Bazându-se pe aceste idei, adică combinarea substanțelor specifice cu altele nespecifice, destoxicarea substanțelor specifice prin introducerea anumitor grupe chimice, înlăturarea fenomenelor neplăcute, potențarea efectului substanțelor specifice și nespecifice, casa dr. Wander a sintetizat preparatul Germicid, pe care am avut ocazia de a-l experimenta în domeniul oto-rino-laringologiei și care fără îndoială, datorită calităților sale particulare este menit să ocupe un loc foarte important în chimio-terapia modernă.

Germicid nu este un amestec mecanic simplu, ci o combinație chimică bine definită: ortoxichinolin-dimetilaminochinizina. Casa dr. Wander a avut ideea de a combina pe cale chimică un derivat de Chinoleină, o substanță de proprietăți bactericide, antiseptice, bine cunoscute, activată prin introducerea grupei (OH) și destoxicată prin grupa «sulfo», pentru a putea fi administrată în doze mari, cu un derivat al Chinizinei cu efect antipiretic, antireumatic, analgezic și euforic[2]). Astfel Germicid-ul prezintă o asociație ideală, care lucrează atât ca preparat specific chimio-terapeutic (Oxichinolina + «sulfo») cât și ca antipiretic, analgezic și antinevralgic (Chinizina).

Germicid-ul substanță se prezintă sub formă de pulbere omogenă de culoare slab gălbuie, solubilă în apă.

După administrarea internă se observă uneori o ușoară colorație a urinei și a materiilor fecale în roșu care se datorește Oxichinolinei și nici decum hematuriei. Deasemenea reacțiunea cu licoarea lui Fehling nu poate da impresia că avem de a face cu zahăr în urină; reducerea sulfatului de cupru din licoarea lui Fehling se datorește acidului glucoronic, chinoleina fiind eliminată din organism combinată cu acest aldehidoacid.

Colorația tegumentelor după întrebuințarea Germicid-ului lipsește cu desăvârșire.

Toxicitatea produsului este nulă ; fără cea mai mică șovăire putem administra 6 — 8 gr. pe zi, per os și 8 — 10 gr. pe zi în supozitoare. In realitate însă doze de 3 — 4 gr. pe zi sunt absolut suficiente.

O particularitate specială merită a fi menționată: Germicid-ul în formă de supozitoare. Această formă permite administrarea preparatului, chiar în cazurile unde înghițirea tabletelor este dificilă, sau chiar imposibilă, cum e cazul la anghine, la flegmon amigdalian etc. Cum vom vedea mai jos în astfel de cazuri supozitoarele aduc servicii de neprețuit, efectul arătându-se peste 30 — 40 minute dela administrare și se menține minimum 3 — 4 ceasuri.

Noi am încercat personal Germicid-ul numai în domeniul specialității noastre oto-rino-laringologice, care de altfel prezintă un domeniu vast și bogat pentru aplicarea chimio-terapiei; sinuzite, pansinuzite, anghine, amigdalite, otite acute, trombo-flebite, abcese amigdaliene etc.

Experiența noastră se bazează pe aplicarea sistematică a Germicid-ului, care a fost încercat de noi în 23 de cazuri. In genere practica noastră a arătat că dacă Germicid-ul nu posedă o acțiune absolut specifică și rapidă, dar în acelaș timp și bruscă a coloranților azoici, în schimb el realizează un tratament ideal nevătămător. Germicid-ul este un corp chimic care trebue plasat între coloranții sulfo-azoici și derivații de amino pirazolon, posedând calități din ambele grupe și fiind lipsit cu desăvârșire de inconvenientele lor.

Bineînțeles că administrarea Germicid-ului are un rost numai în cazuri acute acolo unde avem de-aface cu dureri și temperatură; în cazuri cronice «reci» administrarea Germicid-ului nu este indicată, ca dealtfel toate compozițiile din grupul «sulfamido».

Cum am spus mai sus, experiența noastră personală se bazează pe 23 de cazuri din domeniul nostru: otită acută, amigdalită, sinuzită maxilară, adenoidită acută, angină septică și banală, etc.

Dăm aci câteva cazuri din cele mai caracteristice:

Obs. 1. M. O., 16 ani. Otită medie acută, simptome clasice de meningită, ameteli vărsături grețuri. Dureri extrem de violente. Tem. 40,4°. Otoscopie: Infecție radială a vaselor timpanului, care se contopesc cu umbra. Timpanul bombat, în formă de gurgui. Membrana lui Schrapnell hiperemiată și bombată. Fossa mastoidea: sensibilitatea pronunțată la apăsare în partea care corespunde atriului, roșeața tegumentelor. Procesul mastoideu ușor umflat. Băiatul a fost adus de părinți în ziua de 20 Decembrie, la 21 Decembrie a fost hotărîtă intervenția chirurgicală, paracenteza timpanului. Deocamdată a fost administrat Germicid 3 supozitoare și 3 tablete pe zi.

La 23 Decembrie operația a fost amânată, dat fiind că băiatul s'a simțit mult mai bine; durerile sunt suportabile, febra a cedat (37,5). Simptomele din partea procesului mastoideu și meningelor au dispărut aproape complect.

Urmează Germicid de 3 ori pe zi câte un supozitor și instalația picăturilor:

Rp. Fenol 0,5
Chloreton
Mentol aa 0,25
Pantocain 0,15
Camfora 0,75
Glicerină steril. 12,0
Ds. de 3 ori pe zi câte 4—5 picături în urechi.

In ziua de 20 Decembrie, vindecare complectă, fără intervenție chirurgicală care părea inevitabilă.

Obs. 2. Gh. B. Ofițer pensionar 52 ani. Otită medie acută. Otoscopie: perforație neînsemnată a timpanului, ceeace determină drenajul insuficient și dureri violente. Scurgerea săracă, sero-purulentă, miros fetid. Weber pozitiv. Rienne negativ. Surditate aproape complectă. Insomnie, temperatură 39,4. Spre a asigura drenajul mai complect, am procedat la paracenteza cu scopul de a mări perforația. Paracenteza a fost efectuată în segmentul postero-inferior al timpanului, spre a evita rănirea bulbului venei jugulare, cu anestezia prin Bonain. Germicid în doze masive: 5 gr. pe zi în tablete. In ziua următoare bolnavul prezintă o ușoară reacție febrilă (40,2) însă scurgerea e abundentă, și durerile au cedat. Insuflare în urechi de acid boric pulv. Proteino-terapia după metoda elaborată de noi [3]).

Peste 2 zile scurgerea devine seroasă. Urmăm cu insistență Germicid și instalația picăturilor:

Rp. Thygenol 1,5
Perhidrol 0,75
Resorcina 0,20
Spirit. vin.

1) *Socolovschiu*: Quelques considerations sur la structure chimique de corps azoiques colorants. (Revue Médicale, Paris 1932).

2) *Socolovschiu*: Chimioterapia în oto-rino-laringologie (Clinica & Laboratorium, Cluj 1937).

3) *Socolovschiu*: La Proteinothérapie en oto-rhino-laryngologie. (Monographies Médicales, Paris 1925).

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecţios.

In fermentaţiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic şi infecţios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDURER OS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 $^{0}/_{00}$, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2—3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID

Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE

Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei

Complicaţiuni

STREPTOCOCIE

Erisipel — Infecţiune puerperală post-partum şi post-abortum

Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă

Stafilococie — Pneumococie — Meningococie

Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulţi :	6 — 10 comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani:	3 — 5 „ „ „
„ „ 2 — 5 „ :	1 — 3 „ „ „
Sugaci:	½ — 1 comprimate „ „

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: **„SPEPHAR"** — Laborator de produse farmaceutice Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III

Telefon: 2.11.78.

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

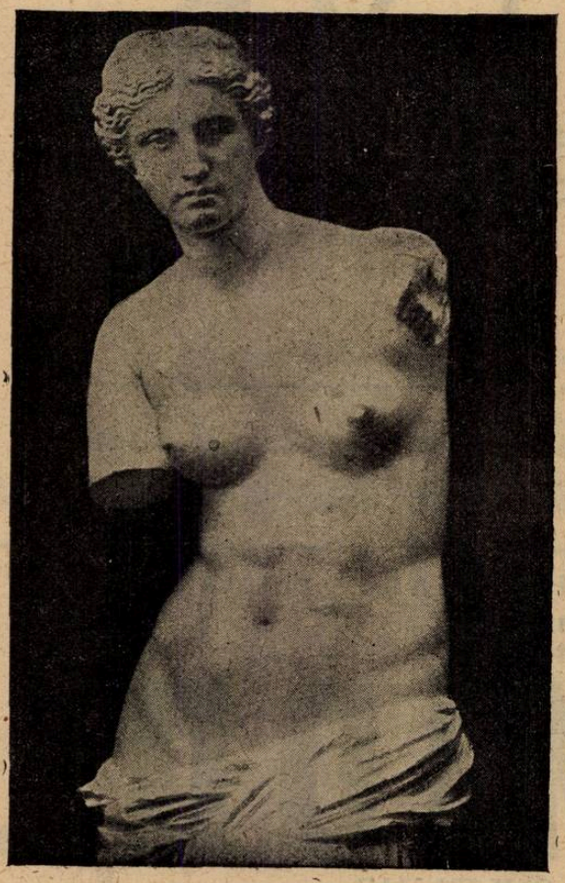
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
" " 5 " 250 U. R. şi 5 " "
" " 3 " 500 U. R. şi 3 " "
" " 5 " 500 U. R. şi 5 " "

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, **insuficienţă thyroidiană,** exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare· Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2.80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRA"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

Glicerină aa 2,0
Aqua dest. 12,0.

In ziua a opta vindecare completă. Perforaţia timpanului s'a închis. Otoreea şi durerile nu mai există.

In alte două cazuri de otită medie acută vindecarea a survenit după 3—4 zile, administrând Germicid.

Obs. 3. Flegmon amigdalian drept. Temperatura 40°. Pulsul accelerat, frisoane, inapetenţă, constipaţie. Regiunea amigdalei de culoarea roşie închisă, zonă oedematoasă periferică, înghiţirea absolut imposibilă din cauza durerilor violente. Adenopatie sub-angulo-maxilară. Respiraţia fetidă. Trismus. Salivaţie abundentă, bolnava nu poate înghiţi saliva, care curge pe bărbie. Disfagie care nu permite nici alimentaţia nici administrarea medicamentelor per os. Vorbeşte foarte greu aproape imperceptibil.

Prima zi: 4 supozitoare de Germicid, care au permis administrarea medicamentului evitând calea bucală, şi gargară pe care noi o administrăm principal în toate afecţiunile acute şi dureroase ale gâtului.

Rp. Fenosalil
Germicid aa 2,5
Natr. bromat.
Natr. boric. aa 4,5
Ammon. hidrochl. 2,0
Chloralhidrat 4,0
Thymol 0,25
Alcool ment. 15,0
Dec. fol. cocae. 400,0

Ds. 1 lingură pentru 1 pahar cu apă. Gargară din oră în oră.

In ziua a doua starea bolnavului s'a ameliorat. S'a urmat cu Germicid şi gargară, administrând Germicid sub formă de tablete cu Pantocainâ, formă extrem de comodă:

Rp. Germicid 0,25
Tinct. Aconiti gtt 1/2
Pantocain 0,01
Mentol 0,05
Borax 0,25
Pulv. et. succ. liqu. q. s.
u. fiant trochisci D. t. d. No. XII.

A suge încet de şase ori pe zi, câte o tabletă.

A treia zi temperatura 37°. Dureri foarte slabe. Bolnava se alimentează fără greutate are poftă de mâncare. Germicid supozitoare de 2 ori pe zi. Vindecare completă, fără supuraţie, în ziua 5-a.

Ţinem a menţiona cu această ocazie că administrăm principial Germicid în doze reduse (1—2 gr. pe zi) încă timp de 4 —5 zile după vindecarea completă pentru a evita recidive.

E de prisos să subliniem, că în toate afecţiunile gâtului tabletele de Germicid, combinate cu un anestezic (tip de tabletă arătat mai sus) dă rezultate excelente.

Am avut 6 cazuri de angine, unde tratamentul a fost efectuat exclusiv cu Germicid, supozitoare şi Germicid — Pantocainâ fără vreo gargară: angine catarale, polimiocrobiene (nespecifice), pultacee, eruptice, criptice, herpetice etc.

Aceste cazuri nu prezintă nici un interes clinic cu toate că sunt foarte frequente, dat fiind că după 48 — 64 ore dela administrarea Germicidului a survenit vindecarea completă, durerile fiind atenuate chiar după primul supozitor. Dau aici numai un caz mai interesant:

Obs. 4. S. R. 24 ani, casnică. Temp. 39,4. Inapetenţă, fenomene din partea cordului. Faringele de culoarea roşie aprinsă cu câteva pete albicioase, ceeace în primul moment dă de gândit la anginâ diftericâ. Analiza bacteriologică însă prezintă numai streptococ hemolitic, pneumococ, stafilococ aureu şi alb. Insomnie, dureri violente. Starea generală foarte proastă. Germicid în doze mari: 4 supozitoare.

Ziua următoare intervine şi o peritonsilită bilaterală. Dureri încă mai violente. Temp. 40,8. Germicid. Bolnava suferă mult din cauză că n'a mâncat 3 zile, foarte slăbită, ceeace inspiră îngrijorări serioase. Pulsul accelerat, slab, lent. Germicid, Cordisan, Omnadin.

Ziua următoare temp. 37, starea generală mult ameliorată, euforie evidentă. A patra zi temp. 36,8, durerile au dispărut. Vindecare completă în ziua 5-a.

Bineînţeles că această scurtă dare de seamă nu este completă, mai lipsesc încă sute de observaţii, care, fără îndoială, vor fi făcute de alţi colegi, cu mai mare iscusinţă, dar cu acelaş succes.

Ţinem, însă, să precizăm încă odată că Germicid-ul, mulţumită structurei sale, cu totul originală, mulţumită acţiunei sale multilaterale chimioterapeutice, entofebrile, analgezice, antigripală, bactericide şi antireumatice deschide orizonturi cu totul noui în terapia otorinolaringologică şi poate aduce servicii reale, nu numai unui practician, dar şi unui specialist în acest domeniu.

Dacă vom adăuga că Germicid-ul admite compatibilitatea cu toate celelalte metode de tratament — chimioterapia specifică, proteinoterapie, vaccinoterapia, seroterapia, etc.

Dacă vom menţiona încă odată că forma de supozitoare este ce mai comodă în specialitatea noastră, dat fiind că înlătură necesitatea de a înghiţi, dacă vom adăuga că preparatul e complect lipsit de toxicitate vom socoti misiunea noastră ca îndeplinită, mai ales dacă această modestă lucrare va stârni interesul colegilor spre a încerca şi controla rezultatele excelente obţinute de noi.

BIBLIOGRAFII

L'examen du malade guide clinique de l'étudiant et du médecin. Médecine, Chirurgie. Obstétrique, Neurologie et Spècialités par MM. P. Delmas, G. Giraud, E. Jeanbrau, E. Leenhardt, J. Margarot, P. Pegés, V. Riche, L. Rimbaud, J. Terracol, H. Villard. Professeurs à la Faculté de Médecine de Montpellie Deuxiéme édition refondue et augmentée. *Masson et C-le, éditeurs.* Un volum de 366 pagini . . . . 45 fr.

Cu toate că această broşură a fost în întregime refăcută, textul său nu s'a mărit, prima calitate a unui ghid fiind conciziunea.

Au fost adăogate două capitole esenţiale, unul al profesorului P. Pages asupra examenelor psichiatrice, al doilea asupra examenelor endocrinice în care Prof. Giraud expune în câteva pagini marile sindrome şi micile stigmate cari îi sunt familiare.

Reamintim că această lucrare nu constitue nici o semiologie, nici nu se referă la diagnostic.

Autorii au voit numai să expună cadruri uşor de reţinut, mai întâi pentru a interoga pe bolnavi, apoi de a redacta o foaie de observaţie, şi pentru a expune cazul într'o probă de şcolaritate sau de concurs.

Aceste canavale sunt destul de suple pentru a putea fi utilizate în orice domeniu clinic.

Pentru a evita cititorului pierderi de timp cu cercetări, un capitol care termină acest volum reuneşte precauţiunile de luat în prelevările de trimis laboratorului, indicaţiunile diferiitelor analze şi principalele constante chimice şi biologice.

Lésions et traumatismes sportifs par M. Boiney, directeur médical de l'Établissment thermal et de la cure d'exercice de Vittel. Docteur ès sciences de l'Universite. 1938. *Masson et C-ie éditeuts.* Un volum de 330 pagini cu 210 figuri . . . . . 60 fr.

Exerciţiile fizice, jocurile energice sau imprudent conduse cât şi performanţele sportive, comportă anumite pericole, anumite stări patologice cari pot îmbrăca forme speciale. Gravitatea lor este diferită, mergând de la simptomele cele mai simple până la infirmităţi permanente şi chiar la accidente mortale.

Autorul a reunit într'o singură lucrare destinată profesorilor de educaţie fizică, medicilor ce au dat primele ajutoare, antrenorilor şi sportivilor, noţiunile terapeutice permiţându-le să trateze în mod judicios maladiile şi leziunile particulare fiecărui sport. Această broşură conţine indicaţiile precise şi noţiunile esenţiale. Autorul a făcut un studiu de ansamblu asupra traumatismului sportiv şi asupra consecinţelor sale materiale.

Sărbătorirea Profesorului Dr. C. Angelescu cu prilejul împlinirei a 70 ani

de **Prof. Dr. C. BACALOGLU**

Ateneul român, Academia de Medicină şi Institutul de ştiinţe, societăţi savante întrunite într'un avânt de iubire şi recunoştinţă pentru Preşedintele lor d. Profesor Doctor C. Angelescu, a sărbătorit împlinirea a 70 de ani a acestui mare dascăl, a cărui viaţă a fost închinată binelui public şi propăşirei ţărei româneşti.

A fost ceva înălţător, fără pregătire prealabilă şi a îmbrăcat chiar prin acest caracter de spontaneitate o adâncă semnificaţiune.

Profesorul Doctor C. Angelescu, are o activitate multiplă. Pe lângă aceea de Profesor de clinică chirurgicală, catedră pe care a ilustrat-o atâtea decenii în serviciul său din Spitalul Colţea, D-sa reprezintă unul din sfetnicii, care au diriguit în atâtea rânduri Ministerul Educaţiunei naţionale. Nu se putea aşa dar sublinia în deajuns cât folos a adus acest mare bărbat de stat şcoalei româneşti. Două figuri proeminente se desprind dintre oamenii politici ce au condus Ministerul Instrucţiunei publice în ultimele decenii. Este Spiru Haret şi Doctorul C. Angelescu.

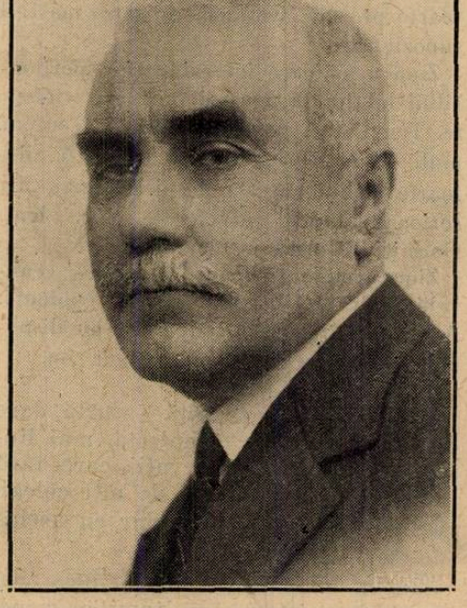
In dimineaţa zilei de aniversare, toţi membrii celor 3 societăţi savante s'au strâns la locuinţa Profesorului Angelescu, care se ştie este un muzeu de artă, în care strălucesc pânzele lui Andreescu, Grigorescu şi Luchian. Aci a vorbit şi înmânat un pergament, D-l Kiriţescu, arătând meritele sărbătoritului şi afecţiunea caldă pe care toţi o poartă iubitului lor Preşedinte.

D-rul Angelescu a răspuns mulţumind în cuvinte de înălţare sufletească pentru această dovadă, că, munca unui om îşi are răsplata nu numai în sine, dar şi în inimile acelora cari i-au împărtăşit ceasurile de luptă aprigă, colaboratorii săi din cele trei societăţi ştiinţifice.

Seara, o masă comună la restaurantul Melody a întrunit pe toţi în aceiaşi atmosferă de afecţiune.

Activitatea Profesorului Angelescu s'a desfăşurat pe mai multe tărâmuri.

Ca om politic, nu e nevoe să accentuăm ce a reprezentat ca exponent al partidului liberal şi mai ales ca Ministru al Instrucţiunei publice. Construcţiunile şcolare, grija de soarta învăţătorilor, înmulţirea şcolilor primare, luptând înpotriva analfabetismului, organizarea şcolilor secundare,



grija şi înălţarea învăţământului superior...

Astăzi face parte din sfatul Regelui culturei; şi atunci când adunarea a trimis o telegramă omagială iubitului Rege Carol II-lea gândul tuturor era următorul: Oare cu energia sa oltenească, cu marile însuşiri ce posedă Profesorul Dr. Angelescu, cu viziunea întreagă a unui organism sănătos — cine i-ar da 70 de ani privindu-l şi urmărindu-i activitatea — oare acest bărbat întreg, cu o vastă experienţă politică, este bun numai ca sfătuitor? Este un om de acţiune, un înfăptuitor... Şi toţi câţi îl cunosc îl doresc o viaţă lungă şi urează pentru binele ţărei să îl vadă la propăşirea facultăţilor de medicină din Bucureşti şi Iaşi.

Vom cita pe Profesorii Kalinderu, Stoicescu, Buicliu, Thoma Ionescu, Hemăscu, Theohari, etc. printre cei dispăruţi.

D-rul Angelescu, a reuşit în mod strălucit şi doi ani în urmă m'am întâlnit în aceeaşi sală de gardă, la spitalul Beaujon.

Imi aduc aminte încă dragostea, bucuria frăţească cu care m'a primit. Şi de atunci nu am avut să mă bucur întotdeauna decât de aceeaşi caldă afecţiune din partea sa în curgerea atâtor decenii.

La rândul meu, îl asigur că nu a avut pe nimeni mai devotat, şi că doresc ca această prietenie să dureze până la ultima pagină a vieţei noastre.

D-rul Angelescu are un suflet bun şi creştinesc. La el credinţa se înbină cu mod fericit cu mila. Cât a fost ministru, a proteguit tot atâta mişcarea culturală, pe cât a promovat credinţa strămoşească.

Bunătatea lui se revarsă întreagă asupra tuturor solicitatorilor. Locuinţa lui din strada C. A. Rosetti a fost chiar atunci când era în opoziţie, refugiul tutulor necăjiţilor, năpăstuiţilor. Am asistat în câte-va rânduri la acest pelerinagiu. Ii asculta pe fiecare cu răbdare şi comprehensiune; pe lângă ajutorul ce îl da, adăoga o vorbă bună şi încurajatoare. Nu avea nimic din dârza încredere şi trufie a vechilor politiciani. De aceea toată lumea îl lăuda şi bine cuvânta — şi dacă a supărat pe unii, este că nu a putut face tot binele pe care dorea să îl înfăptuiască.

BIBLIOGRAFIE

Pathologie chirurgicale de la rate par Pierre Goinard. Chirurgien des Hôpitaux d'Alger. *Masson et Cie, éditeurs.* Un volum de 174 pagini cu 4 figuri şi 11 planşe . 55 fr.

Chirurgia fiziologică, de care se vorbeşte atâta, are în chirurgia splinei, unul dintre exemplele cele mai vechi şi mai demonstrative şi când se recapitulează astăzi achiziţiunile chirurgiei splenice, se poate vedea tot ce-i datoreşte terapeutica şi chiar cunoştinţa splenopatiilor.

De câţiva ani mijloacele nechirurgicale încep să apară, deposedând splenectomia de indicaţiile sale mai puţin sigure: radioterapia splenomegaliilor leucemice, hepatoterapia anemiilor pernicioase, chimioterapia Kala-Azarului, de pildă.

Dar, în schimb se ridică splina pentru afecţiuni considerate de puţin timp încă, drept medicale. In afară de indicaţiunile chirurgicale pure, traumatisme, deplasări, abcese, cari nu reprezintă decât o mică parte din patologia chirurgicală splenică, dacă este o intervenţiune a cărei indicaţiune e necesară să fie discutată, dela caz la caz de către chirurgi şi internişti, este desigur splenectomia.

Chirurgii nu trebue să ştie numai să scoată o splină, ci trebue să cunoască şi maladiile medicale în cari este interesată şi splina.

Acest studiu de Patologie a fost redactat tocmai în acest spirit de colaborare medico-chirurgicală, în care autorul începe cu noţiunile elementare anatomo-chirurgicale pentru a ajunge la învăţăminte de chirurgie fiziologică.

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabaină sensibilizează miocardul la digitalină permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = $^{1}/_{10}$ mg. digitalină crist $+ ^{2}/_{10}$ mg. ouabaină crist. Doza mijlocie 20 — 30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Cal. Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

POMADA

ANALGEZIC-CICATRIZANT

PLĂGI • ARSURI
IRITAŢIUNI CUTANATE • ULCERE

Pastă de Ol. Jecoris cu ZnO. şi Talc

TUB MIC, MARE ŞI CUTII 1/4 Kg.

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ OXID DE ZINC ŞI TALC

ARSURI INTINSE
PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANŢĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELITE

Se întinde ca pansament în strat gros sau se toarnă direct în cavitate

TUB 40 g., 100 g. ŞI CUTII 1/2 Kgr.

PUDRA

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ PE BAZĂ DE OL. JECORIS ABSOARBE SECREŢIUNILE

IRITAŢIUNI SUPERFICIALE
TRANSPIRAŢIE
TOALETA SUGARILOR

CUTII METAL MICI ŞI MARI ŞI PLIC. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Ca'ea Şerban Vodă 41, Bucureşti.

Cebion
Merck

Maladii infecţioase
(Gripă, pneumonie, difterie, use convulsivă, tuberculoză etc.)
Afecţiuni gastro-intestinale
(Ulcer gastric şi duodenal, gastroenterite, colite)
Hemoragii şi tendinţă la hemoragii.
In graviditate şi perioada alăptatului cât şi în alimentaţia artificială a sugarilor.
In gingivite şi stomatite ca tratament local (Pastă de Cebion)

Cebion-tablete de 0,05 g
Cebion-fiole de 0,05 şi 0,1 g
Cebion „forte“ fiole de 0,5 g
Cebion-Pastă tub original

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentanţa generală :
„CHIMIROMAN“ Bucureşti I, Str. T. G. Masaryk 32.

2MANN

Scilloral
glucosidul cardiac maniabil, cu o largă posibilitate de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK . BRACKWEDE

Eşantioane şi literatură la cerere. Exclusivitatea Generală pentru România:
„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Sft. Ionică No. 8.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Omagiul Societăţei de Chirurgie din Bucureşti pentru D-nii Miniştri Prof. Dr. N. Hortolomei şi Dr. P. Topa

Cu prilejul venirei în fruntea Ministerului Sănătăţii a d-lui Prof. N. Hortolomei şi a d-lui dr. P. Topa, în calitate de subsecretar de Stat la acelaş departament, în şedinţa societăţei dela 29 Noembrie, s'au ţinut următoarele cuvântări:

D. Agregat Dr. I. Jianu, *fost preşedinte al Societăţei de Chirurgie, a adresat D-lui Ministru şi D-lui Subsecretar de Stat, cuvinte de bun venit şi felicitări pentru înaltele funcţiuni la cari au fost ridicaţi, arătându-şi totdeodată speranţa că Societatea de Chirurgie şi Revista de Chirurgie vor fi ocrotite cu tot interesul de D-niile lor.*

D. Dr. Teodor Firică, *Secretar general al Societăţii de Chirurgie, a rostit următoarea cuvântare:*

Inainte de a intra în ordinea de zi a şedinţei noastre ştiinţifice, îmi veţi îngădui ca în numele membrilor şi al biuroului Societăţii de Chirurgie, să aducem fostului nostru preşedinte, D-lui Prof. N. Hortolomei, nou Ministru al Sănătăţii Publice *şi actualului nostru preşedinte,* D-lui Dr. Petre Topa, Sub-secretar de Stat *la acelaş departament, expresiunea celor mai călduroase felicitări pentru înaltele demnităţi la cari au fost ridicaţi.*

Este proaspătă în mintea noastră activitatea rodnică şi devotată pe care D-nul Ministru N. Hortolomei, a desfăşurat-o în anul trecut în calitate de preşedinte al Societăţii de Chirurgie.

Cunoaştem toate înaltele sale însuşiri ştiinţifice şi sufleteşti, pe cari cu toată dărnicia le-a pus în slujba societăţii noastre.

Cunoaştem deasemenea viaţa profesională a D-niei Sale, în care pas cu pas, prin muncă încordată şi cinstită, a parcurs tot drumul greu al practicei medicale, dela cele mai modeste funcţiuni, până la cele mai înalte trepte ale învăţământului universitar.

Credem cu toată convingerea, că un om cu o cultură medicală desăvârşită, trăit într'o mentalitate ştiinţifică a cărei valoare şi calitate este unanim recunoscută, este cel mai indicat a duce pe drum bun sănătatea poporului român.

«Sic volo» în viaţa publică, este o formulă eroică ce poate găsi o aplicare de necesitate, dar nu de durată.

Omul de ştiinţă îşi construeşte opera pe temeiul adevărului ştiinţific.

De aceia suntem siguri Domnule Ministru, că D-nia Voastră, om cu disciplină profund ştiinţifică şi cu deplina curăţenie sufletească a aceluia ce şi-a închinat viaţa adevărului şi binelui obştesc, veţi şti să căutaţi acest adevăr acolo unde trebue.

Suntem încredinţaţi că urechia D-niei-Voastre va fi permanent atentă la zvonul îndepărtat şi discret al frământărilor lumei medicale, şi veţi şti să-i tâlmăciţi limbagiul neînţeles uneori, al unei vieţi chinuite de muncă istovitoare, de privaţiuni şi de totală renunţare de sine.

Aţi spus în cuvântarea D-niei-Voastre, cu prilejul instalării la Ministerul Sănătăţii, că sănătatea publică este de fapt un aspect al apărării naţionale.

Să ne îngăduiţi Domnule Ministru să adăogăm, că noi, medicii, suntem soldaţi permanent mobilizaţi într'o luptă neîncetată.

Victoriile cele mai mari s'au cules acolo unde comandanţii au ştiut să-şi iubească soldaţii şi să se facă iubiţi de ei.

Suntem sigur că D-nia Voastră, aşa după cum ca dascăl aţi ştiut să vă faceţi iubit de elevi, aşa cum aţi reuşit să vă înconjuraţi de elemente de valoare şi de întregul devotament, veţi reuşi şi de data aceasta, să fiţi ajutat în opera D-voastră de o armată de medici devotaţi, neobosiţi la muncă şi cu dragoste faţă de conducătorul lor.

Cu un corp medical chibzuit construit şi ocrotit cu toată dragostea şi înţelegerea, veţi dobândi sigur victoria pe cari cu toţii o dorim pentru binele sănătăţii publice şi al ţării.

Prin Inaltă şi Înţeleaptă chibzuinţă, vi s'a alăturat colaborarea iubitului nostru preşedinte, D-l. Dr. Petre Topa, *Subsecretar de Stat la acelaş departament.*

Cu mintea pregătită la aceeaşi riguroasă disciplină ştiinţifică chirurgicală, cu sufletul său cinstit şi plin de înflăcărat şi intransigent naţionalism, cu experienţa unei activităţi neîncetate în viaţa profesională a medicilor, suntem încredinţaţi că opera D-niei Sale la Ministerul Sănătăţii, va fi din cele mai rodnice şi mai complecte.

Societatea de Chirurgie se simte mândră astăzi când D-niile voastre, prin Inaltă alegere aţi fost sortiţi ca din cel mai de seamă post de comandă al vieţii sociale, să veghiaţi şi să orânduiţi rosturile sănătăţii publice.

Membrii Societăţii de Chirurgie, cu toată dragostea vă pun la dispoziţie contribuţiunea lor ştiinţifică în opera ce aveţi de înfăptuit şi din tot sufletul vă urează activitate rodnică şi «sănătate».

Răspunsul D-lui Ministru, prof. Dr. N. Hortolomei:

Domnilor Colegi,

Sunt profund impresionat de primirea care ne-aţi făcut-o în astăseară. Onoarea care ni s'a făcut — mie şi D-lui Dr. Topa — o răsfrângem cu toată inima asupra D-voastră, asupra corpului chirurgical.

Chemaţi la Ministerul Sănătăţii în aceste vremuri grele, ne dăm seama de însemnătatea însărcinărilor ce ne-am luat cât şi de munca ce ni se cere.

Dar se ştie că chirurgii trăiesc o viaţă de răspunderi, de emoţii şi de eforturi continui, de aceea vom fi în stare să putem face faţă tuturor dificultăţilor.

Nu ştim ce ne va aduce ziua de mâine, dar am toată nădejdea că domniile voastre veţi corespunde în plin tuturor cerinţelor, ori cât de grele ar fi ele.

Mulţumim d-lui Agregat Jianu şi D-lui Dr. Firică pentru cuvintele însufleţite cari ni le-au adresat. Ne vom sprijini întotdeauna pe făgăduelile din astăseară.

Să fiţi siguri că cerinţele D-voastră ca să ajutăm Societatea şi Revista de Chirurgie vor fi satisfăcute.

In ce mă priveşte, am o profundă simpatie şi simţ de omenie pentru toţi colegii şi vom avea toată grija să satisfacem pe cât vom putea, doleanţele corpului medical, sporindu-i prestigiul de care se bucură; dar pentru ca să-l menţineţi depinde mult şi de Domniile-voastre.

Răspunsul D-lui Subsecretar de Stat, Dr. Petre Topa

Vă mulţumesc pentru bunele cuvinte ce mi-aţi adresat. Nu am nimic de adăogat la cele spuse de D-l. Ministru N. Hortolomei. Ţin să vă asigur că munca noastră este corectă şi pusă în slujba ţării şi a Regelui.

Noul Comitet al Soc. de Oto-rino-laringologie

Al XVII-a Congres Român de oto-rino-laringologie s'a ţinut în zilele 25 şi 26 Octombrie 1939.

Pentru anul 1939/940 s'a ales următorul comitet:

Preşedinte: prof. dr. Buzoianu Gh.
Vice-preşedinte: dr. Lăzeanu M.
Secretar general: dr. Racoveanu V.
Casier: dr. Georgescu Vintilă.
Secretari de şedinţă: dr. Mirescu Alex., dr. Georgevici G.

Comitetul Societăţei Anatomo-Clinice din Bucureşti

In adunarea generală din 30 Noembrie 1939, şi-a ales prin unanimitate de voturi, următorul comitet:

Preşedinte, D. Doc. Dr. I. Stoia; vicepreşedinţi: dr. Zamfir şi dr. V. Plătăreanu.

Secretar general, dr. Paul Stănciulescu.

Casier, d-na Dr. N. Irimescu.

Secretari de şedinţă, d-nii D-ri: C. Angelescu şi S. Lăzărescu.

Bibliotecar, I. Dragomirescu.

TABLA DE MATERIE A ANULUI 1939

Articole Ştiinţifice.

A. — Accidentele grave în transfuzia cu sânge compatibil, de Dr. *Teodor Saragea*, pag. 63.

Actinomicoza broncho-pulmonară acută, de Dr. *Zamfir* şi *A. Cârstea*, pagina 233.

Activitatea serviciului de malario-terapie dela Spitalul central de boale mintale şi nervoase, de Dr. *Gh. Badenschi*, pag. 111.

Acţiunea apelor cloro-sodice-iodate, din Vulcana asupra hipertensiunei, de Dr. *Gh. I. Mareş*, pag. 176.

Afazie trecătoare în cursul unei pneumonii, de Dr. *Th. Moisescu*, Dr. *Gh. St. Constantinescu* şi intern *M. Voiculescu*, pag. 38.

Asupra tratamentului limfogranulomatozei inguinale benigne cu săruri de antimoniu, de Docent Dr. *Trifu* şi Dr. *I. Iliescu*, pag. 206.

B. — Bloc operator sterilizat, de Dr. *Plăcinţeanu-Iaşi*, pag. 187.

C. — Câteva consideraţiuni referitoare, la frecvenţa unor afecţiuni neurologice de natură infecţioasă, de conferenţiar Dr. *State Drăgănescu*, Docent Dr. *E. Façon* şi d-na Dr. *Constantinescu-Bălănescu*, pag. 186.

Câteva consideraţiuni în legătură cu începutul tuberculozei laringelui şi depistarea ei, de Dr. *I. Ţeţu*, pag. 36.

Câteva date privitoare la diagnosticul şi tratamentul boalelor de ficat, Prof. *Dr. Gh. Tudoranu*, pag. 26.

Climatul şi reumatismele, de agregat Dr. *Ioan Maria* şi Dr. *Corneliu Ciacalopol*, pag. 169.

Comă malarică şi anemie secundară remarcabilă, tratată cu preparate sintetice şi Campolon, de Dr. *Victor Climescu*, Dr. *N. Bujorică* şi Dr. *P. Sârbu*, pag. 178.

Combaterea durerilor pe cale parenterală şi rectală cu «Cibalgine», de Dr. *Viorica Ionescu-Gomoiu* şi Dr. *Leonina Dobrescu*, pag. 221.

Congestia pelviană, Dr. *George Bogdan*, pag. 9.

Consideraţiuni anatomo-clinice şi terapeutice asupra Reumatismului cronic, de Doc. Dr. *I. Stoia* şi Dr. *H. I. Stoia*, pag. 249.

Consideraţiuni asupra anesteziei cu pantocaină în oto-rino-laringologie, de Dr. *Ştefan Popian*, pag. 261.

Consideraţiuni asupra patologiei generale a Sifilisului, de Prof. Dr. *S. Nicolau*, pag. 73.

Consideraţiuni asupra unui caz de sindromul lui Löffler, de Dr. *Tiberiu Cipău* şi *Constantin Ionescu*, pag. 137.

Consideraţiuni asupra unui caz de Agranulocitoză, de Dr. *V. Plătăreanu*, *A. Cristea* şi *I. Tănăsescu*, pag. 202.

Contribuţiuni la combaterea stărilor de colaps în chirurgie, de Dr. *Aurel Nana*, pag. 125.

Contribuţiuni la tratamentul dermatozelor pruriginoase, de Dr. *Dem. Aricescu*, pag. 44.

Contribuţiuni la tratamentul hemoragiilor genitale prin hipofuncţionarea ovariană, de Dr. *Maria Alexiu* şi Dr. *Elisabeta Florian*, pag. 316.

Contribuţiuni la tratamentul ulcerelor venerice nespecifice (şancru moale), de Dr. *Olariu Gh.* şi Dr. *I. Garotescu*, pag. 205.

D. — Derivaţii sulfon-amidaţi în tratamentul conjunctivitelor gonococice ale nouilor născuţi, Docent Dr. *H. Slobozianu* şi Dr. *P. Herşcovici*, pag. 10.

Două metode noui de colapso-terapie chirurgicală, de Dr. *C. Bibicescu*, pagina 134.

Drenajul cu torax închis — prin sonde Prof. Dr. *N. Hortolomei*, pag. 33.

E. — Electrogalvanismul bucal, de Dr. *Tr. I. Marinescu-Craiova*, pag. 235.

Epilogul unui pneumotorax spontan, de Dr. *Th. Moisescu* şi *Gh. St. Constantinescu*, pag. 159.

Etuvele cari ne trebuesc, de Dr. *Radu Andrei*, pag. 251.

F. — Factorul timp în Neuropatologie, de Docent Dr. *Grigorescu*, pag. 300.

Filaxia în biologie şi clinică, de Dr. *D. Timuş* şi Dr. *A. Popa*, pag. 115.

Flegmonul perinefretic, de Dr. *B. Drăceanu*, pag. 273.

Frecvenţa şi profilaxia boalelor mintale de etiologie toxi-infecţioasă, de Prof. Dr. *P. Tomescu* şi Dr. *Sebastian Constantinescu*, pag. 245.

H. — Herniile şi varicele, de Dr. *I. Nubert*, pag. 185.

I. — Injecţiunile intravenoase lente cu chlorhidrat de dihidromorfinon (Dilaudid) în tratamentul algiilor violente şi rebele, de Prof. Dr. *Dumitrescu-Mante*, Dr. *A. Păunescu-Podeanu* şi Dr. *G. Davidescu*, pag. 297.

Învăţăminte din practica chirurgicală de război în Spania, de Dr. *S. Tovaru*, pag 201.

L. — Lecţia inaugurală a d-lui Prof. *Dr. N. Ionescu-Siseşti*, pag. 1.

Lecţia inaugurală a d-lui Prof. Dr. *Teodor Marinescu*, pag. 21.

Lecţia inaugurală a D-lui Prof. Dr. *Dan Theodorescu*, pag. 281.

Liga Naţională contra tuberculozei, de Dr. *I. Costinescu*, pag. 133.

Lupta contra reumatismului, de Dr. *T. A. Tanaşoca*, pag. 289.

M. — Meningita verminoasă, de Dr. *Aurel Stoianovici*, pag. 67.

Metoda Löhr, în tratamentul plăgilor, de Dr. *Mircea N. Constantinescu*, pag. 39.

Modificări stetacustice la vârfuri cu punct de plecare, leziuni hilare, de Dr. *D. Priboianu*, pag. 66.

Modul de funcţionare, organizare şi descrierea Sanatoriului Moreni, de Dr. *C. Bibicescu*, pag. 144.

N. — Nevralgia şi nevrita crurală, de Docent Dr. *D. Grigorescu* şi Dr. *A. Păunescu-Podeanu*, pag. 220.

Noui contribuţiuni la tratamentul Limphogranulomatozei inguinale benigne (Nicolas Favre). Fuadin asociat cu preparate din grupul sulfamidelor (Prontosil), de Dr. *N. Diaconescu*, Dr. *Dimitrie Constantinescu* şi Dr. *Columbian M.*, pag. 28.

O. — Orientări în lupta anti-malarică, de Prof. Dr. *Mihai Ciucă*, pag. 257, 269.

Originile biologiei, de Prof. Dr. *A. Dobrovici*, pag. 309.

P. — Pleurotomia în emfizemul grav sufocant consecutiv traumatismului toracic, de Dr. *Pană Teodoru* şi Dr. *Carol Pitschak*, pag 160.

Pneumotoraxul artificial extra-pleural, de Dr. *Virgil P. Popa-Predeal*, pagina 114.

Posibilităţile şi perspectivele actuale ale Psihiatriei, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 121.

Principii în regimul alimentar al bolnavilor de ficat, de Dr. *I. Dumitrescu-Popovici*, pag. 173.

Problema socială şi problema medicală a Pelagrei. Câteva note cu prilejul apariţiei cărţii d-lui dr. Ioan Claudian: «Alimentaţia poporului român», de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 217.

R. — Radiografia mamelei după insuflaţie, de Prof. Dr. *Iacobovici* şi Dr. *Ştefan Jianu*, pag. 61.

Reacţiunile cutanate de origină digestivă, şi reacţiunile digestive de origină cutanată, de Dr. *D. Zamfir*, pagina 41, 51.

S. — Serul glucozat hipertonic intraperitoneal în tratamentul bronchopneumoniilor sugarului, de Dr. *Paul Gotcu*, pag. 260.

Sindromul lui Adie, de Dr. *B. Revesz*, pag. 96.

Stovarsolul sodic în terapia Paraliziei generale, de Dr. *Matei Stoicescu*, pag. 99.

Sulfamidoterapia, de Dr. *Anghel Daniel*, pag. 153.

Surditatea hormonală, de Prof. Dr. *Predescu-Rion*, pag. 271.

T. — Terapeutica şi profilaxia pelagrei, de docent Dr. *Iuliu Nitzulescu*, pag. 49.

Tomografia ca metodă ajutătoare a radiologiei în tuberculoza pulmonară, de Dr. *Sextil Rusu*, pag. 139.

Tratamentul algiilor prin injecţii intradermice cu apă distilată, de Dr. *Alexandrina Gherasim*, pag. 175.

Tratamentul cu unde scurte în neurologie, de Prof. Dr. *Ioan Minea* şi Dr. *Adalbert Lakatos*, pag. 149.

Tratamentul epididimitei gonococice, de Dr. *V. Capitolin* şi Dr. *V. Ignătescu*, pag. 109.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Bucureşti I. Str. Sf. Ionică No. 8.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

Noua terapie a meno și metroragiilor endocrine:

EPIFIZAN

RICHTER

Extract de glandă pineală
Tablete și injecții

Literatură:

Prof. Dr. C. Parhon: «Mișcarea Medicală», Craiova Nr. 9—10 1936.

Prof. Dr. C. Parhon & Dr. Gherta Werner: «Bulletine et Mémoires de la Section d'Endocrinologie» No. 2/1937.

Prof. Dr. C. Parhon & Dr. Gherta Werner: «Bulletins et Mémoires de la Section d'Endocrinologie» No. 6/1937.

Dr. A. Blinov, Dr. I. Goian & Dr. I. Ornstein: «Bulletins de la Soc. Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie, Iași No. 2-3-4/1936.

Prof. Dr. C. Parhon: Bulletins et Mémoires de la Section d'Endocrinologie No. 7 8/1938

Prof. Dr. C. Parhon, Dr. Conf. Al. Crăiniceanu & L. Copelman: Bulletins et Mémoires de la Section d'Endocrinologie No. 9-10/1938.

Prof. Dr. C. Parhon, Dr. G. Werner & M. Cahana: Bulletins et Mémoires de la Section d'Endocrinologie No. 9-10/1938.

Dr. Ep. Tomoruș & D. Orbești eanu: Bulletins et Mémoires de la Section d'Endocrinologie No. 5/1939.

Dr. L. Nissim: Bulletins et Mémoires de la Section d'Endocrinologie Nr. 6 1939.

Dr. I. Simian: Gazeta Tineretului Medical, No. 58-59/1939.

Tratamentul Erisipelului cu Prontosil, de Dr. *G. Munteanu* şi Dr. *A. Galaguţă*, pag. 190.

Tratamentul hormonal al hipertrofiei de prostată, de Dr. *N. Hortolomei*, pag. 93.

Tratamentul modern al afecţiunilor acute de nas, gât şi urechi de Dr. *Al. Socolovschiu*, pag. 320.

Tratamentul Pelagrei cu acid nicotinic de Prof Dr. *P. Tomescu*, Dr. *I. Cosmulescu* şi intern *C. Daniel*, pagina 314.

Tratamentul tuberculozei extrapulmonare prin Rubrophen, de Dr. *Victor Climescu*, pag. 80.

U. — Un antipiretic nou în practica infantilă, de Dr. *I. Oreviceanu* şi Dr. *W. Grünberg*, pag. 97.

Un caz de intoxicaţie cu Dial. — Vindecare, de Dr. *Gh. St. Constantinescu*, intern *N. Ionescu* şi intern *M. Voiculescu*, pag. 98.

Un nou progres al chimioterapiei blenoragiei, de Dr. *Traian Katz-Galaţi*, pag. 286.

Articole de organizare profesională, sanitară şi universitară; cronici; festivităţi; congrese şi instituţii medicale

A. — Al III-lea Congres Naţional de Electro-Radiologie (Iaşi 28, 29, 31 Mai 1939, de Dr. *I. Jovin*, pag. 210.

Al IV-lea Congres Naţional de Tuberculoză, Mai 1938, Cernăuţi, de Dr. *M. Nasta*, pag. 195.

Al X-lea Congres Naţional de Chirurgie, de Dr. *S. Tovaru*, pag. 292.

Americanii la Asigurările Sociale, de Dr. *Gh. D. Vintilă*, pag. 227.

Antagonism între generaţii, sau numai puţin interes pentru ştiinţa românească, de Dr. *D. I. Claudian*, pag. 129.

C. — Cartea Medicală Românească, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 181.

Câteva note de Igienă mintală (cu prilejul Conferinţei europene de la Lugano — Iunie 1939), de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 193.

Centenarul Psihiatriei Româneşti. Expunere făcută la Societatea de Psihiatrie din Bucureşti, de D-l Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 45.

Conferinţele D-lui Profesor Leo Ambard la Facultatea de medicină din Bucureşti, de Dr. *I. Cosmulescu*, pag. 15.

Congresul Societăţei germane de cardiologie, de Dr. *Eugen Morariu*, pagina 118.

Consolidarea stagiului de internat, în spitalele publice, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 117.

Cuvinte.... la sărbătorirea D-lui Dr. Vişoianu, de Prof. Dr. *S. Lalu*, pag. 303.

D. — Dificultăţile ce le prezintă perfecţionarea în obstetrică, de Dr. *Al. Bădescu*, pag. 276.

F. — Facultăţile de medicină trebue să dea ţării medicii de care are nevoe, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 263.

I. — Independenţa învăţământului universitar obstetrical, de Dr. *L. Nissim*, pagina 254.

Importanţa învăţământului universitar obstetrical în realizarea ocrotirii şi asistenţei materno-infantile, de Dr. *L. Nissim*, pag. 225.

Învăţământul şi practica medicală în Parlament, de Dr. *Iacobovici*, pag. 191.

L. — Lecţia inaugurală a Profesorului Gh. Niculescu, de Prof. Dr. *N. Sisești*, pagina 158.

Legea Serviciul Social, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 29.

Limitarea numărului de studenţi admişi în Facultăţile de medicină mai poate continua?, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 242.

Luptă sau armonizare între generaţii. Un punct de vedere american asemănător operei întreprinsă de M. S. Regele, de Dr. *I. Pavel*, pag. 86.

M. — Medicii şi Frontul Renaşterii Naţionale, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 17.

Medicina Militară, de Prof. Dr. *Constantin Daniel*, pag. 223.

Medicina românească sub domnia Regelui Carol I, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 163.

Ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale: «Probleme şi Realizări», de Prof. Dr. *Constantin Daniel*, pag. 128.

P. — Personalitatea Profesorului Gerota, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 90.

Primul Congres de Endocrinologie, de Dr. *Al. Crăiniceanu*, pag. 209.

Principii de bază în organizarea Spitalelor. Expunere făcută la deschiderea Spitalului Elias, de Prof. Dr. *D. Danielopolu*, pag. 87.

Problema generaţiilor în Medicina românească, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 277, 294.

R. — Recepţia D-lui Prof. Dr. Constantin Daniel ca Doctor «Honoris Causa» al Universităţii din Bordeaux, de Dr. *Mircea Ionescu*, pag. 11.

S. — Sănătatea satelor noastre, de Prof. Dr. *Constantin Daniel*, pag. 55.

Standul Serviciului Psihotechnic din Direcţia medicală C. F. R., organizat în cadrul Ceferiadei, de Dr. *P. P. Samarian*, pag. 211.

Sărbătorirea Profesorului Dr. *C. Angelescu*, pag. 318.

T. — Tratamentul medical în mediul rural, de Dr. *Zaharia Milotinov*, pag. 241.

U. — Un omagiu D-lui Prof. Dr. Slătineanu, de Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 213.

V. — Viaţa şi opera Profesorului Gerota, de Dr. *I. Făgărăşanu*, pag. 91.

Revista Cărţilor

Affections non ulcéreuses du duoden, Duodenites, de *I. Pavel* et *Paunesco-Podeanu*, recenzat de Dr. I. Claudian, pag. 16.

Afecţiunile intestinului gros, de Dr. *Andrei Cârstea*, prefaţat de Prof. Dr. *C. Băltăceanu*, pag. 43.

Anatomia topografică şi operatoare a capului şi gâtului, de Conf. Dr. *Dan Berceanu*, recenzat de Dr. S. Cristofovici, pag. 180.

Contribuţiuni la studiul lipovitaminozei C. şi B. în graviditate, de Dr. *Olimpia O. Hagiopol*, recenzat de Dr. L. Nissim, pag. 293.

Istoricul Obstetricei şi Ginecologiei româneşti de Dr. *George D. Vintilă*, recenzat de Dr. Ioan Lupescu, pag. 162.

Laringologie clinică, de Prof. Dr. *G. Buzoianu*, recenzat de Dr. Teodor Balaşin, pag. 127.

Les dessanglées du perinée, de *J. de Marchotte* et *L. Chauvois*, recenzat de Prof. Dr. C. Daniel, pag. 162.

«L'Extraordinaire odyssée d'un médecin», de *Victor Heiser*, recenzat de Prof. Dr. Tomescu, pag. 57.

L'Hygiene de la Race. Etude de Biologie héréditaire et de normalisation dela race, de Dr. *Gh. Banu*, recenzat de Prof. Dr. P. Tomescu, pag. 101.

Medicina şi Farmacia în trecutul Românesc, de Dr. *Pompei Samarian*, recenzat de Dr. *T. Piticaru*, pag. 68.

Ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale: «Probleme şi Realizări, de Prof. Dr. *Constantin Daniel*, pag. 208.

Occlusion intestinale et apendicite, de *C.Palios*, recenzat de Prof. Dr. Gerota, pag. 16.

Pneumotoraxul terapeutic, de Dr. *Th. Moisescu şi Gh. Constantinescu*, recenzat de Dr. V. Sava, pag. 180.

Problema sinuciderilor, de Dr. *Th. Vasiliu*, recenzat de Dr. I. Stănescu, pag. 313.

Ptoses gastriques et coliques, de *Chiray et Chêne*, recenzat de Dr. I. Pavel, pag. 253.

Recenzie asupra lucrării: Le cancer de l'estomac au début (Etude clinique, radiologique) de Dr. Gutman, I. Bertrand, Th. I. Peristiany, de Prof. Dr. *I. Iacobovici*, pag. 207.

Reumatismul din punct de vedere practic, de Doc. Dr. *I. Stoia* şi Dr. *Heda Stoia*, recenzat de *Dr. C. Angelescu*, pag. 69.

Spicuiri pe marginea unei cărţi : «The Surgeon's Case-book», recenzat de Dr. *I. Florian*, pag. 161.

Technica de microscopie — Citologie — Ţesuturi — Sistem nervos, de Dr. *A. Hagi Paraschiv* şi Dr. *Ion Bazgan*, recenzat de Prof. Dr. Crăciun, pag. 85.

Tratat de Istologie. — Technică. Citologie. Ţesuturi, de Dr. *Şerban Brătianu* şi Dr. *Virgil Anghelescu*, recenzat de Prof. Dr. *I. T. Niculescu*, pagina 56.

Tratat de Ortopedie Chirurgicală, de Dr. *Al. D. Rădulescu*, recenzat de Dr. B. Susan, pag. 262.

Tratat de Semiologie şi Patologie medicală. Vol. III, 1939, de Prof. Dr. *Iuliu Haţieganu* şi Prof. Dr. *I. Goia*, recenzat de Prof. Dr. P. Tomescu, pagina 70.

NECROLOGIE

Dr. *Niculae B. Ionescu*, Scris de Prof. Dr. Lalu, pag. 30.

Generalul Dr. Alexandru Papiu, scris de Maior Dr. *C-tin Manea*, pag. 107.

Profesorul Dr. *E. I. Mironescu*, scris de Dr. *Gh. Năstase*, pag. 228.

Dr. *C. Vasiliu-Iaşi*, necrolog scris de Dr. *Teodorescu*, inspector general sanitar, pag. 244.

Profesor Agr. Dr. *Severeanu*, scris de General Dr. *G. N. Giurea*, pag. 256.

Moartea Profesorului *Al. Slătineanu*, scris de d. Prof. Dr. *P. Tomescu*, pag. 306.

INDEXUL ALFABETIC AL AUTORILOR

Alexiu Maria, pag. 316.
Angelescu C., pag. 69.
Aricescu D., pag. 44.

Badenschi Gh., pag. 111.
Bădescu Al., pag. 276.
Balasin T., pag. 127.
Bălţăceanu Gh., prof., pag. 43.
Bibicescu, pag 134, 144.
Bogdan G., pag. 9.
Bujorică N., pag. 178.

Capitolin V., pag. 109.
Carandgiu O., pag. 297.
Cârstea A., pag. 202, 233.
Ciacalopol C., pag. 169.
Cipău I., pag. 137.
Ciucă M., prof., pag. 257, 269.
Claudian I., Pag. 16, 129.
Climescu, V., pag. 80, 178.
Columban M., pag. 28.
C-tinescu — Bălănescu, pag. 186.
Constantinescu N., pag. 28.
Constantinescu M., pag. 39.
Constantinescu Radu, pag. 28.
Constantinescu Seb., pag. 245.
Constantinescu Gh. St., pag. 38, 98, 159
Cosmulescu I., pag. 15, 314.
Constinescu I., pag. 133.
Crăciun Em., prof., pag. 85.
Crăiniceanu Al., pag. 209.
Cristofovici S., pag. 180.

Daniel A., pag. 153.
Daniel C., prof., pag. 55, 128, 162, 208, 223.
Daniel C., int. pag. 314
Danielopolu O., prof., pag. 87.
Davidescu Gh., pag. 297.
Diaconescu N., pag. 28.
Dobrescu L., pag. 221.
Dobrovici A., prof. pag. 309.
Drăceanu B., pag. 273.
Drăgănescu State, pag. 186.
Dumitrescu-Mante, prof., pag. 297.
D-trescu Popovici, pag. 173.

Façon E., pag. 186.
Făgărăşanu I., pag. 91.
Florian Elisab., pag. 316.
Florian I., pag. 161.

Gălăguţă, pag. 190.
Garotescu I., pag. 205.
Gerota D., prof., pag. 16.
Gherasim Al., pag. 175.
Giurea G., gl., pag. 256.
Gomoiu V., pag. 221.
Gotcu P., pag. 260.
Grigorescu D., pag. 220, 300.
Grünberg W., pag. 97.

Hortolomei, N. Prof. pag. 33, 93.

Iacobovici I., prof. pag. 61, 191, 207.
Ignătescu R., pag. 109.
Iliescu I., pag. 206.
Ionescu C-tin, pag. 137.
Ionescu Mircea, pag. 11.
Ionescu Siseşti N., prof., pag. 1, 158.
Jianu St., pag. 61.
Jovin I., pag. 210.
Katz Traian, pag. 286.
Lakatos A., pag. 149.
Lallu S., prof., pag. 30, 303.
Lupescu — Ioanin, pag. 162.
Manea C-tin, pag 107.
Mareş I., pag. 176.
Marian I., pag. 169.
Milotinov Z., pag. 241.
Minea I., prof., pag. 149.
Mironescu Th., prof „pag. 21.
Moisescu Th., pag. 38, 159.
Moraru Eug., pag. 118.
Munteanu Gh. pag. 190.
Nana Aurel, pag. 125.
Nasta M., pag. 195.
Năstase Gh., pag. 228.
Nicolau S., prof., pag. 73.
Niculescu T. I., prof., pag. 56.
Nissim L., pag. 255, 254, 293.
Nitzulescu I., pag. 49.
Nubert I., pag. 185.
Olariu Gh., pag. 205.
Oreviceanu I., pag. 97.
Păunescu-Podeanu, pag. 220, 297.
Pavel I., pag. 86, 253.
Piticariu T., pag. 68.
Pitschak C., pag. 160.
Plăcinteanu, pag. 187.
Plătăreanu V., pag. 202.
Popa A., pag. 115.
Popa V., pag. 114.
Popian St., pag. 261.
Predescu-Rion, prof., pag. 271.

Radu Andrei, pag. 251.
Revesz B., pag. 96.
Rusu Sextil, pag. 139.

Samarian P., pag. 211.
Saragea T., pag. 63.
Sârbu P., pag. 178.
Sava V., pag. 180.
Slobozianu H., pag. 10.
Socolovschi Al., pag. 319.
Stănescu I., pag. 313.
Stoia A., pag. 249.
Stoia I., pag. 249.
Stoianovici A., pag. 67.
Stoicescu M., pag. 99.
Susan B., pag. 262.

Tănăsescu I., pag. 202.
Tanaşoca A. T., pag. 289.
Teodorescu Dan, prof., pag. 281.
Theodorescu, pag. 244.
Theodoru Pană, pag. 160.
Timuş D., pag. 115.
Tomescu P., prof., pag. 17, 29, 45, 57, 70, 90, 101, 117, 121, 163, 181, 193, 213, 217 242, 245, 263, 277, 294, 306, 314.
Trifu V., pag. 206.
Tudoranu Gh., prof., pag. 26.
Tetzu I., pag. 36.
Ţovaru S., pag. 201, 292.

Vintilă Gh., pag. 227.
Voiculescu M., pag. 38,98.

Zamfir D., pag. 41, 51, 233.

BIBLIOGRAFII

La depression constitutionnelle; l'ancienne neurasthenie dans ses rapports avec la Médecine générale. Clinique, Biologie, Thérapeutique par **R. Montassut.** Ancien chef de clinique à la Fa ulté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Henri Rousselle. Préface du Professeur Henri Claude. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 210 pagini . . . . . 45 fr.

Studiul clinic şi patogenic al neurasteniei poate fi reluat astăzi graţie progreselor medicinei generale dar mai ales al biologiei printr'un examen complect şi imparţial al turburărilor fizice şi morale. Afecţiunea nu trebueşte ignorată prin faptul că altă dată a stârnit certuri sterile sau entuziasmuri inadmisibile; dar trebue propusă o nouă terminologie pentru a categorisi în mod net o maladie care poate fi circumscrisă. Depresiunea constituţională apare deci ca o neurastenie degenerativă, originală şi cronică, fără slăbire intelectuală, predispunând în acelaşi timp la fatigabilitate şi la emotivitate. Are oarecari înrudiri cu anumite afecţiuni descrse de Beard, Charcot şi unii autori străini contimporani.

Caracterele esenţiale — atonie şi spasmodicitate — se traduc în mai multe moduri în domeniul fibrelor netede şi striate. Ele condiţionează o structură şi o psicho-motivitate particulară dar şi accidente digestive, cardio-vasculare, genitale şi urinare. Ele subliniază instabilitate humorală, desechilibrul neuro-vegetativ şi insuficienţe endocriniene. Majoritatea acestor turburări sunt cunoscute, dar fac obiectul unor descrieri parcelare. Era deci necesare să fie apropiate între ele şi să se refacă sinteza clinică.

Fiziologic, sindromul se orientează după tabloul psichic. Fatigabilitate, inerţie, ritm paradoxal al oboselei, impresionabilitatea sunt reflexul excitabilităţei neuro-musculare. Ele condiţionează sentimente de neputinţă, incertitudine, şi predispun la obsesiune, la reacţiuni depresive, la nevroza de groază sau la psichoze de epuizare.

Preocuparea primordială a autorului este să facă analiza critică a alegaţiunilor bolnavului, să le obiectiveze şi să scoată din ele o interpretaţiune biologică şi psichogenetică. Fără a neglija explicaţiunile date de psichologie el a ţinut în seamă în primul rând defiziopatologie.

ACTUALITĂȚI TERAPEUTICE

DAGENAN-ul în afecțiunile pulmonare

de **Dr. Marie Peronnet**

«Concours Médical» No. 22 din 28 Mai 1939

Autoarea raportează 7 cazuri de broncho-pneumonie la copil, tratate prin *Dagénan* cu doza de 3/4 de comprimat pe zi la copiii dela 2 la 3 ani și jumătate, și de 1½ comprimat la bolnavii în vârstă de 7 la 9 ani. Durata tratamentului: 2 — 3 zile.

Cu toată această posologie relativ slabă, medicamentul a provocat o cedare rapidă a tuturor simptomelor îngrijorătoare, fiind totdeodată și bine tolerat.

Autoarea a mai experimentat *Dagénan*-ul și în trei cazuri de angină: și aci rezultatele obținute s'au dovedit foarte interesante: medicația a făcut să dispară rapid roșeața și tumefacția amigdalelor, temperatura revenind la normal.

Meningită pneumococică supurată vindecată prin sulfamidoterapie

de **Doctorii Caussade, Neimann, Thomas și Kariacopoulos**

«Revue Médicale de l'Est» No. 4-1939.

După ce au reamintit cât de rare au fost cazurile de meningită pneumococică vindecate înaintea chimioterapiei prin sulfamide, autorii raportează cazul unui copil de 14 luni atins de o meningită cu pneumococi, consecutivă la o otită supurată bilaterală și un sindrom pneumococic al vârfului drept.

Cultura pe bulion a arătat o desvoltare abundentă de pneumococi. Era vorba de un germene foarte virulent care inoculat șoarecelui, îl omoară în 24 de ore.

Imediat ce puncția lombară a revelat existența unui lichid tulbure care se scurgea țâșnind, s'a injectat (1 Decembrie) în spațiul sub-arachnoidian 20 cc. din soluția de p. amino-benzensulfamidă 0,8%, bolnavul înghițind totodată cu mare greutate un comprimat de *Dagénan*.

După o noapte agitată, în dimineața următoare s'a constatat că starea generală s'a ameliorat, iar temperatura care a fost de 40° a scăzut la 37,9°.

S'a continuat în zilele următoare această terapie sulfamidată combinată: 20 cc. de 1162 0,8% intrarachidian și 2 gr. de 693 *(Dagénan)*. Starea generală s'a îmbunătățit rapid, iar a treia zi temperatura a scăzut la 37,6°. Semnele pneumonice au dispărut, iar vărsăturile au încetat.

Lichidul cefalo-rachidian net purulent la a doua puncție s'a limpezit în mod rapid. Tratamentul mixt intra-rachidian și bucal s'a urmat timp de 6 zile: a 7-a zi, lichidul cefalo-rachidian fiind limpede, s'a continuat numai cu administrarea comprimatelor de 693 (2 gr. pe zi, apoi 1,50 gr. dela 9 la 24 Decembrie). La această dată se constată dispariția complectă a rigidității cefei și trunchiului; nu mai persistă decât o ușoară midriază. Copilul a fost trimis acasă în ziua de 10 Ianuarie. Face mai târziu o rugeolă complicată cu broncho-pneumonie. S'a reluat tratamentul cu 693, ceeace a permis o vindecare rapidă.

Autorii comentează astfel această observație remarcabilă prin caracterul rapid și senzațional al vindecării unei afecțiuni, care până acum era considerată ca fiind aproape întotdeauna mortală.

«In primul rând au fost influențate «starea generală, febra și vărsăturile.

«Lichidul cefalo-rachidian a rămas «tulbure timp de câteva zile. Insă exa«menele zilnice prin centrifugare au «permis să se urmărească pas cu pas «ameliorarea semnelor biologice. La «început lichidul era plin de polinucle«are alterate și de pneumococi viru«lenți. Patruzeci și opt de ore după în«ceperea tratamentului polinuclearele «devin mai rare și mai puțin alterate, «iar pneumococii nu se mai întâlnesc «decât foarte greu. Cu începere dela a «cincea zi vitalitatea germenului e atât «de slăbită încât inoculările la șoarece «dau greș.

«A șasea zi lichidul redevenind «limpede nu mai conține decât limfo«cite intacte. Culturile rămânând ste«rile toate inoculările dau un rezultat «negativ.

«Copilul a fost tratat simultan cu «1162 și cu 693. Ar fi fost interesant să «stabilim partea de acțiune care revine «fiecăruia dintre aceste corpuri. Din «păcate, nu ne e posibil să răspundem «la această întrebare: afecțiunea a a«rătat dela început un caracter atât de «grav, încât a fost imposibil să se aș«tepte identificarea germenului, pentru «a alege unul sau altul dintre medica«mente. Pe de altă parte, copilul a văr«sat toate alimentele și ne era teamă «că nu am fi putut administra corpul «693 în doze suficiente.

«Mai târziu, ameliorarea rapidă a «stării generale ne-a îndemnat să con«tinuăm aceași medicație.

«Totuși, dozele de 1162 au fost puțin «ridicate: 120 cc. din soluția de 0,8% «(0,96 gr. de produs) în comparație cu «cele de 693 (28,50 gr.) Această dispro«porție cât și superioritatea experi«mentală a corpului 693 ne face să «credem într'o acțiune predominantă «a acestui din urmă produs».

Toleranța acestei chimioterapii masive și prelungite a fost perfectă. Nu s'a observat nici cianoză și nici vărsături.

«Aceste fapte confirmă toxicitatea «redusă a corpului 693 și ne autorizează «să-l considerăm ca medicația de elec«ție a meningitei pneumococice».

Tratamentul blenoragiei acute cu α (p. Amino-fenil-sulfamido) piridină

de **Dr. P. Cuilleret**

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 10 Noembrie 1938.

Doctorul Cuilleret a întrebuințat, la Lyon, produsul 693 *(Dagénan)* în 123 de cazuri de blenoragie.

La 5 fetițe cu vulvovaginită, scurgerile au diminuat considerabil începând de a doua zi de tratament, iar gonococul a dispărut în două din aceste cazuri după trei zile, într'un caz după patru zile, într'unul după 8 zile iar odată după 11 zile.

Paralel cu ameliorarea boalei și pH-ul vaginal a redevenit acid.

Aceste vindecări au fost obținute cu chimioterapie exclusivă.

19 femei au fost tratate după posologia următoare: 2,50 la 3 gr. pe zi în primele trei zile sau patru zile, 2 gr. pe zi în următoarele două sau trei zile. Rezultatele au fost foarte mulțumitoare chiar în două cazuri de skenită și în trei cazuri de bartolinită subacută.

La bărbați, în 86 de cazuri urmărite timp suficient, n'a observat decât 7 eșecuri. Posologia urmărită a fost la început posologia III de Durel, iar apoi următoarea: 1.50 la 2 gr. prima zi (bolnavul nefind văzut decât dimineața târziu) 4 gr. ziua a doua, 3 gr. ziua a treia și 2 gr. zilele 5 și 6. Urmărind la unii din bolnavii internați evoluția gonococului din două în două ore, autorul a notat că dispariția survine între ora a 12-a și a 13-a.

Tratamentul n'a dat decât puține incidente, examenul hematologic n'a arătat nimic anormal; în patru din cazurile observate spermatozoizii erau numeroși și nealterați.

«Tratamentul rapid al blenoragiei masculine prin marile spălături asociate cu sulfamido-piridină în doze mici"

de B. Mallah,
Directorul Consultaţiilor de Urologie la Spitalul Saint-Louis
«Journal des Praticiens» No. 18 din 6 Mai 1939

Autorul e partizan al tratamentului blenoragiei prin metoda mixtă: chimioterapie plus îngrijiri locale.

Pentru a putea compara rezultatele acestui tratament mixt cu acele ale tratamentului clasic, autorul a strâns:

— pe de o parte, 100 observaţiuni de blenoragie masculină tratată la Serviciul de Consultaţii al Spitalului Saint-Louis la începutul anului 1938, numai cu permanganat de potasiu aplicat după metoda lui Janet;

— pe de altă parte, 100 de cazuri tratate la începutul anului 1939 prin metoda mixtă următoare: spălături zilnice cu permanganat 0,15/1000 şi administrarea de 693 *(Dagénan)* în dozele următoare: 1.50 gr. pe zi primele trei zile şi 0,50 zilnic a patra zi, adică în total numai 5 gr. de medicament.

Rezultate comparative	Tratament locale singur	Metoda mixtă
Durata medie a tratamentului	65 zile	7 zile
Procentul de complicaţii	20%	0
	orchite unilaterale 11%	
	orchite bilaterale 1%	
	prostatite 7%	
	reumatism 1%	

α. (para-amino fenil sulfamido) piridina (corp 693) în gonococcie

de Dr. P. Durel
Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Şedinţa din 28 Octombrie 1938.
Bull. No. 29 din 7.1 -19 8 Pg. 1531-1537.

Autorul comunică rezultatele obţinute în blenoragia masculină şi feminină prin tratamentul cu corpul 693 *(Dagénan)*.

La bărbat produsul a fost întrebuinţat singur, fără îngrijiri locale.

Această nouă statistică a Doctorului Durel cuprinde 144 cazuri: 76 bărbaţi, 68 femei. Datele următoare arată rezultatele obţinute:

I. In uretrita acută, anterioară sau totală, datând dela una la douăzeci de zile: 56 cazuri (prima infecţie 34 cazuri, recidive 22 cazuri).

Dispariţia picăturei matinale (chiar la deşteptare):

după 24 ore de tratament . .	5 ori
între 2 şi 5 zile	33 »
între 6 şi 10 zile	12 »
după mai mult de 10 zile . . .	6 »

Dispariţia gonococului:

Intre 2 şi 5 zile	38 eşecuri
Intre 5 şi 10 zile	15 »
Intre 10 şi 30 zile	2 »
Peste 20 zile	3 »

Probele de reactivare (bere, nitrat, spermo-cultură):

Bolnavi cari n'au revenit pentru aceste probe. . . .	24 cazuri
Canal rămas uscat	15 »
Apariţia unor filamente în primul pahar sau reapariţia unei scurgeri tranzitorii fără gonococ	7 »
Reapariţia scurgerei cu gonococi	2 »
Recidivă spontană fără reactivare medicală	1 »

In blenoragia cronică sau cu complicaţii, autorul dă următoarele rezultate, după 13 cazuri tratate:

Uretrită fără complicaţii aparente în 8 cazuri dispariţia gonococului şi a semnelor clinice a fost observată: odată într'o zi, de 5 ori în prima săptămână, odată în a doua săptămână, iar într'un caz nu s'a observat nicio ameliorare.

In două cazuri de orchi-epididimită s'a obţinut un rezultat evident, celalt caz a evoluat mai puţin favorabil.

Autorul a tratat un bolnav care prezenta o blenoragie a ambelor canaluri para-uretrale. Incercările făcute în astfel de cazuri cu celelalte medicaţiuni chimioterapice rămăseseră fără rezultat; cu corpul 693 gonococul a dispărut la acest bolnav a treia zi de tratament, iar picătura în ziua a 6-a.

In unele cazuri de blenoragie cari se dovediseră rezistente faţă de alte tratamente chimioterapice s'a notat:

7 cazuri rezistente.

In două cazuri era vorba de uretrită datând de mai puţin de 20 de zile; vindecarea s'a obţinut în 6—7 zile.

In cinci cazuri era vorba de o uretrită mai veche: 4 cazuri au fost vindecate în decursul săptămânei de a 2-a, 1 caz eşec.

Se pare însă că s'ar fi putut obţine rezultate şi în cazurile acute, continuând tratamentul chimioterapic de mai înainte.

La femei, în 32 de cazuri de cervicită purulentă gonococică, s'a înregistrat dispariţia germenilor:

a treia zi	1 caz
între 4 şi 7 zile	7 »
între 8 şi 10 zile	21 »
ziua a 15-a	1 »
eşec	2 »

La femeile gravide nu s'au obţinut rezultate.

In ceeace priveşte incidentele, s'au notat mai ales tulburări digestive:

gastralgii, greaţă, vărsături .	29 cazuri	
Intreruperea tratamentului . (4 femei gravide)		9 ori
Cefalee, ameţeli, astenie . .	17 »	
Intreruperea tratamentului .		2 »
Eritemelocale sau generalizate	9 »	
Intreruperea tratamentului .		2 »
Cianoză	2 »	
Intreruperea tratamentului .		1 »
Furnicări la membrele superioare (?) la sfârşitul tratamentului	1 »	
	58	» 14 »

Aceste 58 de incidente s'au observat la 49 bolnavi, deoarece unul şi acelaş pacient putea să acuze mai multe dintre incidentele mai sus citate.

Autorul insistă asupra faptului că toate aceste incidente sunt uşoare.

Cercetările complementare ale stării sângelui, capacităţii respiratorie, rezervei alcaline, stării spermatozoizilor, etc. n'au arătat nicio tulburare serioasă.

Propagandă Medicală: „Specia"
Strada Anastasie Simu 6
Bucureşti (III)

ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE

Intrebuinţarea locală a Prontosil-ului în chirurgie

In ultimii 3½ ani B. întrebuinţează la peste 3000 bolnavi Prontosilul local. Numai 3 bolnavi au murit, un diabetic cu flegmoane şi 2 femei cu septicemie puerperală. Este dela sine înţeles că Prontosilul poate să fie de ajutor numai când corpul este încă în stare să se apere. In rănile obicinuite datorite strepto- şi stafilococului autorul întrebuinţează numai Prontosil-ul, şi a observat că Prontosilul roşu are o acţiune hemostatică pe când Prontosilul alb şi solubil anti-coagulantă. Pentru oprirea hemoragiilor întinse autorul întrebuinţează Prontosil în soluţie de lactoză (Prontosil 10, Saccharum lactis ad 100). Aşa de exemplu după deschiderea mastitei se umple toată rana cu Prontosil în soluţie de lactoză peste aceasta se pune o compresă imbibată cu Uliron şi unguent de Uliron. Acest pansament poate rămâne 8 zile pe loc. In acelaşi fel se procedează la abcese, flegmoane şi panariţii, cu aceasta secreţia dispare repede. O acţiune epitelizantă nu are Prontosil-ul, — dacă dorim să o obţinem, B. recomandă un unguent cu Uliron-untură de peşte. Carbuncule, furuncule chiar furuncule mari ale cefei, pe care B. nu le deschide, le acoperă cu o pastă de Prontosil sau Uliron. Deoarece numai prin tratamentul cu pastă ar fi pericol de întindere a infecţiunei, se unge toată suprafaţa pielei cu o soluţie de Prontosil (Prontosil roşu 4, alcool 90° şi acetonă aa ad 100). Chiar furunculele buzei superioare şi ale nasului, badijonate de mai multe ori pe zi pot să dispară, asemenea şi erizipele uşoare, numai când e vorbă de o întindere pe cale limfatică atunci B. dă şi tablete de Prontosil. Micile răni produse accidental, supuraţiunile fasciale, infecţiunile ombilicale, se vindecă foarte repede prin soluţia de Prontosil alcool-acetonă. In rană arde la fel ca tinctura de iod. In cavităţi purulente în empiem al articulaţiunilor, cavitatea toracică şi în peritonita purulentă, după extragerea puroiului se injectează 5—20 cc Prontosil solubil 5%, după care se produce repede ameliorarea. Experienţele autorului la peste 3000 bolnavi îl îndeamnă să recomande Prontosilul şi în cazuri, când tratamentul plăgii o face numai un sanitar. Acesta după o curăţire superficială a plăgii va turna în ea sol de Prontosil, sau în cazuri de hemoragii o va umple cu Prontosil-lactoză, peste aceasta vine compresa impregnată cu Uliron şi pasta de Uliron-untură de peşte. In plăgile articulare şi ale tendoanelor se toarnă Prontosil solubil în plagă, peste aceasta se pune pasta de Uliron-untură de peşte 10%.

P. BOSSE şi G. BOSSE,

Clinica particulară din Wittenberg: Fortschr. Ther. 1939. Vol. 4, pag. 202.

Observaţiuni cu supozitoare de Salyrgan

In cazuri de insuficienţă cardiacă, în edem cardiac, în ascită datorită turburării în circulaţia portală şi în nefroze cu edeme întinse, autorul a încercat Salyrgan-ul sub formă de supozitoare. In general s'a prescris 1 supozitor zilnic, însă şi doze de 2—3 supozitoare zilnic au fost bine suportate. Mărirea diurezei a fost totdeauna surprinzătoare. Deseori era suficient un supozitor la 2 zile, după 4—6 supozitoare s'a făcut o pauză. Ne lovim de greutăţi în administrarea rectală numai în cazuri de hemoroizi şi stări de iritaţie. Manifestaţiuni secundare după administrarea supozitoarelor de Salyrgan, nu s'a produs. Numai în cazuri de albuminurie, când cantitatea de albumină s'a mărit, Salyrgan-ul a fost părăsit. Diureza produsă de Salyrgan s'a putut mări prin mixtura solvens sau chlorură de amoniu. Un ex. al modului de acţiune al supozitorului de Salyrgan:

O pacientă de 41 ani cu o miodegenratio decompensată mijlocie primeşte a patra zi de tratament clinic timp de 4 zile câte un supozitor de Salyrgan. In primele 24 ore se produce o diureză aşa de intensă încât după o ingestie de 700 gr. lichide, gr. se elimină 3700 cc. urină, deci un exces de 3 litri. In zilele anterioare s'a eliminat maximum 850 cc. In cursul medicaţiunei cu Salyrgan s'a observat şi în zilele următoare un excedent de peste 1 litru. Această diureză puternică trebue considerata ca o dovadă pentru o rezorbţiune perfectă a Salyrganului prin rect.

O acţiune asemănătoare a observat Horn şi la o pacientă de 60 ani cu o nefroză accentuată. Deja după prima zi se produce un exces de 2500 cc, însă Horn opreşte administrarea Salyrgan-ului, deoarece după 3 supozitoare apare o creştere a cantităţii de albumină.

F. HORN,

Spitalul Regina Elisabeta Berlin-Oberschönewice. Med. Klin. 1939. Nr. 23 pag. 787.

Uliron în impetigo

Autorul raportează vindecări rapide obţinute la copii cu impetigo prin Uliron.

Un băiat de 14 ani care în luna Octombrie 1937 a fost internat în clinica infantilă din Viena, a făcut în urma unei zgârieturi cu o lună înainte un impetigo de mărimea unui pod de palmă care mai târziu ocupă toată coapsă. Temperatura a fost subfebrilă, nu s'a observat adenopathie. Unguentele şi compresele nu au produs nici o ameliorare. I se administrează 3 gr. Uliron zilnic timp de 7 zile, o doză care după autor însuşi este prea mare. După 3 zile impetigo-ul se usucă iar după 7 zile bolnavul este vindecat. La sfârşitul lunei Martie 1939, în urma unei leziuni a coapselor impetigo-ul apare din nou. Acum se administrează bolnavului 1,5 gr. Uliron zilnic, după două zile începe vindecarea care după 6 zile este complectă. La un băiat de 8 ani după o maladie febrilă apare o erupţie veziculoasă pe faţă. Erupţia dispare prin administrarea a 1 gr. Uliron zilnic, după 8 zile nu se mai observă nimic din erupţie. Tot aşa de repede dispare un impetigo a unui băiat de 9 ani prin tratament cu Uliron pe cale bucală şi cu unguent de precip. galben 3% local. La un copil de 3½ ani, în luna Februarie 1939 se produce o leziune la nivelul comisurei bucale. Odată cu aceasta se produce un impetigo la faţă, bărbie, gură frunte şi urechi. Şi pe trunchi se observă unele eflorescenţe. Ganglionii regionali uşor măriţi. Copilului se administrează 1 gr. Uliron zilnic fără nici un tratament local. După 3 zile nu mai apar eflorescenţe noi, impetigo-ul se usucă iar după 5 zile cad şi crustele. Din cauza pruritului se prescrie vaselină boricată. După 2 zile apare o nouă veziculă purulentă. Acum se administrează 1,5 gr. Uliron după 2 zile vindecarea este definitivă. In 14 zile copilul a primit 17,5 gr. Uliron în total. Autorul recomandă deocamdată 1 gr. Uliron pentru copii mici şi 1—15 gr. Uliron pentru şcolari zilnic.

G. ZEDERBAUER, Viena

Şedinţa din 5 Mai 1939 a Soc. Med. din Viena W. K. Wschr. 1939. Nr. 19 pag. 459.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la „Romigefa" S. A. R. str. Brezoianu 53, şi Cluj, Calea Moţilor 18.

COLLUBIAZOL

Soluție hidro-glicerinată de Rubiazol 5%

Colutoriu pe bază de Rubiazol, pentru tratamentul local al infecțiunilor streptococice ale mucoaselor

IN INFECȚIUNILE UȘOARE APIRETICE

se poate administra numai tratamentul local,

IN INFCȚIUNILE GRAVE

accelerează și întărește acțiunea tratamentului general

(comprimate și fiole de RUBIAZOL)

IMPREGNARE CHIMIOTERAPICĂ RAPIDĂ ȘI ABUNDENTĂ A ȚESUTURILOR INFECTATE

*

ACȚIUNE CURATIVĂ RAPIDĂ

CÂTEVA INDICAȚIUNI:

ANGINE roșii, purulente, pseudo-membranoase

STREPTO-DIFTERII

INFECȚIUNI RINO-FARINGIENE

STOMATITE

GINGIVITE

ULCERAȚIUNILE COLULUI UTERIN

CERVICITE-VAGINITE

STIMULARE CHIMIOTERAPICĂ A APĂRĂRII NATURALE, FĂRĂ DISTRUGEREA ȚESUTURILOR INFECTATE

*

NICI O IRITAȚIE

Modul de întrebuințare:

Instilațiuni nasale: 2—3 picături în fiecare nară.
Gargarisme: 1 linguriță la 1/2 pahar cu apă.
Pensulațiuni: ale faringelui, amigdalelor și gingiilor.
Spălături vaginale: 1 lingură la 1 litru de apă.
Badijonări ginecologice.

Laboratoarele Dr. ROUSSEL — PARIS.

Eșantioane și literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREȘTI III — Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

BIBLIOTECA ASTRA SIBIU